



Amministrazione destinataria

Comune di Castano Primo

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Domanda di rilascio o rinnovo del contrassegno per la sosta di persone esercenti la professione sanitaria

Ai sensi dell'articolo 7, comma 4 del Decreto Legislativo 30/04/1992, n. 285

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

Professione esercitata	Numero iscrizione albo professionale	Data iscrizione albo professionale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- il rilascio del contrassegno per la sosta di persone esercenti la professione sanitaria
- il rilascio del contrassegno per la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a seguito di furto

Numero

Data scadenza

pertanto allega dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza

- il rilascio del contrassegno per la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a causa di deterioramento

Numero

Data scadenza

pertanto allega il contrassegno originale

- il rilascio del contrassegno per la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a seguito di smarrimento

Numero contrassegno

Data scadenza

il rinnovo del contrassegno per la sosta di persone esercenti la professione sanitaria

Numero

Data scadenza

pertanto allega il contrassegno originale

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Castano Primo

Luogo

Data

Il dichiarante