



Amministrazione destinataria
Comune di Termini Imerese

Ufficio destinatario
2° Settore - Polizia Municipale, Servizi
Demografici, Protezione Civile, Attività
Produttive

Segnalazione relativa alla necessità di realizzazione di area di sosta per disabili

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 | Interno | 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="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"/> | | | |

titolare di contrassegno disabili

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numero contrassegno | Data rilascio | Data scadenza | Ente di riferimento |
| <input type="text"/> | <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)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

SEGNALA

la necessità di realizzare un'area di sosta per disabili nei pressi di

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | 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="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

per le seguenti motivazioni

Motivazioni

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

mappa della zona interessata dall'installazione

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.

Termini Imerese

Luogo

Data

il dichiarante