

AL SINDACO DEL COMUNE DI COLLEFERRO

L SOTTOSCRITT_ _____ NAT_
A _____ PROV. _____ IL _____, RESIDENTE A
COLLEFERRO, VIA _____ N. _____ TEL. _____

CHIEDE

IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO PER L'UTILIZZO DEL PARCHEGGIO RISERVATO
ALLE PERSONE CON DISABILITA'

ALLEGA:

- CERTIFICATO DEL MEDICO LEGALE DELLA STRUTTURA SANITARIA CHE ATTESTA LE CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE.
- FOTO FORMATO TESSERA

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D. Lgv. 196 del 2003 relativo ai dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamento (raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, ecc) da parte del Servizio Sociale del Comune di Colleferro per l'uso strettamente necessario e prende atto di godere dei diritti del D. Lgv. 196/2003

FIRMA

COLLEFERRO,