AL SINDACO DEL COMUNE DI COLLEFERRO

_L_ SOTTOSCRITT_ _____ NAT_

A_____ PROV. ___ IL _____, RESIDENTE A

COLLEFERRO, VIA _____ N. _____ TEL._____

CHIEDE

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

ALLEGA:

- FOTOCOPIA CONCESSIONE
- CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE CHE ATTESTA LE ATTUALI CONDIZIONE FISICHE.
- 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,