

## Comunicazione targhe Accesso ZTL per veicoli al servizio di INVALIDI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Sesso  M /  F nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ int \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
E.mail/Pec \_\_\_\_\_

in nome e per conto **PROPRIO**;

**dichiarando di agire in qualità di** (dichiarazione resa ai sensi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa -D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la propria personale responsabilità)

**FAMILIARE CONVIVENTE**

**ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'**

**FAMILIARE NON CONVIVENTE**

**ALTRO:** \_\_\_\_\_

**TUTORE (indicare gli estremi dell'atto)** \_\_\_\_\_

**in nome e per conto di** (richiedente l'autorizzazione impossibilitato a firmare):

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Sesso  M /  F nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ int \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
E.mail/Pec \_\_\_\_\_

*valendosi della disposizione di cui all'art. 46 del DPR n.445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR, sotto la propria personale responsabilità*

## DICHIARA

1) di essere **titolare** dell'autorizzazione **invalidi** n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_  
rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_

2) di essere consapevole che l'autorizzazione è strettamente personale e che l'uso del contrassegno è consentito sui veicoli al servizio della persona invalida;

3) di essere consapevole che per la circolazione dovrà essere utilizzato il contrassegno invalidi già in possesso del richiedente

4) di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Massa ogni futura variazione a quanto riportato nella presente richiesta

## COMUNICA

1) la targa utilizzata abitualmente per circolare nel Comune di Massa a servizio dell'invalido:

**NB:** le targhe comunicate verranno inserite fino alla data di scadenza dell'autorizzazione invalidi cui sono associate.

a) targa \_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ Classe Euro \_\_\_\_\_

alimentato a:  benzina  GPL  gasolio  metano  elettrico  ibrido

in proprietà/comproprietà di: \_\_\_\_\_

**si allega copia del documento di circolazione del veicolo**

**2) di voler SOSTITUIRE** i seguenti veicoli non più in disponibilità, per cui **ERO GIÀ TITOLARE DI AUTORIZZAZIONE:**

➤ **SOSTITUIRE IL VEICOLO AVENTE TARGA :** \_\_\_\_\_ **CON IL VEICOLO**

targa \_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ Classe Euro \_\_\_\_\_

alimentato a:  benzina  GPL  gasolio  metano  elettrico  ibrido

in proprietà/comproprietà  in uso da: \_\_\_\_\_

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 che: 1. i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per cui sono resi; 2. tali dati potranno essere impiegati o comunicati ad altri soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano; 3. su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del sopra citato D.Lgs. n. 196/2003.*

**E' necessario allegare:**

- Copia dell'autorizzazione e/o contrassegno invalidi rilasciato dal Comune competente** (fronte-retro);
- Copia del documento di identità del richiedente** in corso di validità;
- Copia del documento di circolazione del veicolo;**
- Delega e documento di identità del delegante** o altra documentazione equivalente (solo se la domanda viene presentata da un soggetto NON convivente con il titolare dell'autorizzazione)

**La comunicazione può essere inoltrata via mail all'indirizzo [ztl@mastermassa.it](mailto:ztl@mastermassa.it) inviando semplicemente questo modulo compilato con copia fronte/retro del contrassegno e copia fronte/retro della carta d'identità della persona invalida.**

**Per informazioni è possibile contattare l'Ufficio di Master S.r.l. al seguente recapito telefonico: 0585-883699 (mail: [ztl@mastermassa.it](mailto:ztl@mastermassa.it)) o recarsi presso lo sportello di Master sito al 1° piano casa comunale con i seguenti orari: dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30, Martedì e Giovedì: dalle ore 15.00 alle ore 17.00.**

Il/la richiedente (firma leggibile)

Massa , lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_