



Amministrazione destinataria
Comune di Recanati

Ufficio destinatario
Servizio polizia locale

Domanda di rilascio o rinnovo del contrassegno per la circolazione e 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 | | | | | |
| Data di nascita | | | Sesso | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Professione esercitata | | | | Numero iscrizione albo professionale | | | Data iscrizione albo professionale | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

| <input type="radio"/> | il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria | | | | |
|-----------------------|--|--------|---------------|--|--|
| <input type="radio"/> | il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a seguito di furto | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Numero</th> <th>Data scadenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Numero | Data scadenza | | |
| Numero | Data scadenza | | | | |
| | | | | | |
| | pertanto allega dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza | | | | |
| <input type="radio"/> | il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a causa di deterioramento | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Numero</th> <th>Data scadenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Numero | Data scadenza | | |
| Numero | Data scadenza | | | | |
| | | | | | |
| | pertanto allega il contrassegno originale | | | | |
| <input type="radio"/> | il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a seguito di smarrimento | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Numero</th> <th>Data scadenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Numero | Data scadenza | | |
| Numero | Data scadenza | | | | |
| | | | | | |
| <input type="radio"/> | il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Numero</th> <th>Data scadenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Numero | Data scadenza | | |
| 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)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

| | | |
|--------------|-------------|-----------------------|
| Recanati | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |