



Via Santi 40 - 41123 Modena
 Tel 059 2032031 / 3906 / 3907
 Fax 059 2033688

Dichiarazione sostitutiva di certificazione – Smarrimento

Il/la sottoscritto/a _____

Sesso M / F nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente a _____ in via _____ n _____ int _____

Cod. Fisc. _____ tel _____ cell _____

E.mail _____

(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

in conto proprio;

in qualità di: titolare di ditta individuale titolare/ legale rappresentante altro dell'impresa

Denominazione _____

Con sede in _____ Via _____ n _____ int _____

CF / P.IVA _____ tel _____ cell _____

E.mail _____

(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

dichiarando di agire in qualità di (*dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico 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 _____

(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

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 avere smarrito: il contrassegno l'autorizzazione di tipo: ZTL DLT Invalidi
 n. _____ del _____ con scadenza il _____ / illimitata;

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.. Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio Tributi.

A tal fine allega:

- Autorizzazione cartacea o contrassegno in ORIGINALE rimasti in possesso del titolare;
- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità (solo se la firma non è apposta davanti all'operatore dell'Ufficio);
- Delega e copia del documento di identità in corso di validità del delegante (solo se la comunicazione viene presentata da un soggetto diverso dal titolare dell'autorizzazione)

Il/la richiedente (firma leggibile)

Modena, li _____
