

MODELLO D - RICHIESTA PASS SINGOLO O MULTIPLA BLU FONDO GIALLO

RESIDENTI

COMANDO POLIZIA LOCALE

Ufficio Permessi PASS

Santa Flavia 90017

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n° _____

documento _____ n° _____ rilasciato/a da _____ in data _____

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni: Tel. _____ Cell. _____

DICHIARA

- di essere edotto che il pass è di esclusiva proprietà del comune di Santa Flavia, quindi di essere tenuto alla restituzione di esso alla scadenza, in caso di inutilizzo per perdita del diritto (per cambio di residenza, cessione immobile o cessione del veicolo);
- i pass dovranno essere restituiti al comando di P.M. entro il termine di 5 giorni dalla data in cui sono venuti meno i requisiti;
- di essere consapevole che il pass "non è riproducibile" e che ogni abusiva duplicazione di esso comporterà la denuncia all'autorità giudiziaria.
- di essere a conoscenza che ogni nucleo familiare residente può avere un pass blu fondo giallo per ogni vettura del nucleo familiare
- di essere già in possesso dei seguenti pass per residenti già rilasciati per il proprio nucleo familiari (da compilare solo in caso rinnovo ed elencare tutti i pass di cui il nucleo familiare dispone:

1. Pass colore: _____ n. pass _____ targa _____
2. Pass colore: _____ n. pass _____ targa _____
3. Pass colore: _____ n. pass _____ targa _____
4. Pass colore: _____ n. pass _____ targa _____

- di essere consapevole del diritto di sosta e fermata **ESCLUSIVAMENTE** nella ZONA 4 del Comune;
- di essere consapevole che la mancata esibizione del suddetto **PASS** ed ogni uso improprio, comporterà le sanzioni previste dal C.d.S. e nei casi più gravi riscontrati, la "revoca" dello stesso.

CHIEDE*

- **IL RILASCIO**
- **RINNOVO PER CAMBIO AUTOVETTURA**
- **RINNOVO PER SCADENZA**

*barrare per cosa si sta facendo richiesta;

1. MODELLO _____ TARGATA _____ DATA REVISIONE _____ DATA SCADENZA POLIZZA ASSICURATIVA _____
2. MODELLO _____ TARGATA _____ DATA REVISIONE _____ DATA SCADENZA POLIZZA ASSICURATIVA _____
3. MODELLO _____ TARGATA _____ DATA REVISIONE _____ DATA SCADENZA POLIZZA ASSICURATIVA _____

Si concede il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali rilasciati ed utilizzati ai fini del procedimento amministrativo.

SANTA FLAVIA , LI _____ FIRMA

Si allega :

- Pass scaduto o da sostituire; (solo in caso di rinnovo)
- Copia fotostatica, avanti e retro, libretto di circolazione delle vetture interessate;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione di STATO DI FAMIGLIA (art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)
- copia fronte e retro del documento di identità del richiedente;