



CITTA' DI ORISTANO

COMUNI DE ARISTANIS

Area Vigilanza P.M.

Via Carmine, 18

Tel. 0783/78396-78770-78810-fax 07 83/777648

RESIDENTI

RICHIESTA PASS ZTL

___ I ___ sottoscritt__

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del predetto D.P.R.

di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____

di essere **RESIDENTE** in Oristano, Via / Piazza _____ n. _____

di essere proprietario del veicolo marca _____ tipo _____ Targato _____

CHIEDE

Il rilascio del contrassegno per **TRANSITO E SOSTA** nella zona a traffico limitato del centro storico

Il rilascio del contrassegno **SOLO TRANSITO** per l'accesso al proprio garage sito in area pedonale urbana

Allega: una fotocopia di un documento di identità valido e della carta di circolazione del veicolo

Il sottoscritto si impegna a restituire il contrassegno qualora venissero meno i requisiti che hanno dato luogo al rilascio.

RECAPITO TELEFONICO

Oristano li, _____

Firma _____

IL SOTTOSCRITTO _____ DICHIARA, AI SENSI DI LEGGE, DI PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO ALLA CITTA' DI ORISTANO ED ALLA POLIZIA MUNICIPALE, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SOPRA RIPORTATI, ESCLUSIVAMENTE AI FINI DELLA PRESENTE RICHIESTA.

Oristano li, _____

Firma _____

(Spazio riservato all'ufficio)

VERIFICA _____

PASS N°