

Comune di

MONTEGRINO VALTRAVAGLIA

Provincia di

DENUNCIA DI

☐ **SMARRIMENTO**, ☐ **DISTRUZIONE** O ☐ **FURTO**

"CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO PER DISABILI"

Il sottoscritto

nato a

il

residente a

Via

n.

cf

tel.

E-mail

documento di identità

numero

☐ **SMARRIMENTO**

☐ **DISTRUZIONE**

☐ **FURTO**

del "CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO PER DISABILI"

N.

intestato a

rilasciato il da e
valido fino al .

Resa e sottoscritta da persona che è a conoscenza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni false o mendaci.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data,

(IL DICHIARANTE)