

RESTITUZIONE CONTRASSEGNO INVALIDI CIVILI

Spazio riservato al Protocollo

Al Comune di

Il/la sottoscritto/a

NOME		COGNOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA	
INDIRIZZO		N° CIVICO	
C.A.P.	CITTA'	PROVINCIA	TELEFONO

grado di parentale con la persona intestataria del contrassegno

DICHIARA

di non aver più necessità e quindi di restituire a codesto Comune il contrassegno di autorizzazione alla sosta per invalidi civili n. rilasciato al disabile sig./sig.ra in quanto:

- ricoverato/a in R.S.A. – Casa di cura – ecc.
 deceduto/a
 altri motivi

Luogo e data

.....
(firma del richiedente)

Formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla normativa vigente.

Nome e Cognome

Luogo e data

.....
Firma leggibile