



MODULO DI RICHIESTA DUPLICATO PERMESSO DISABILI

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____

in via/piazza _____ CAP _____

telefono _____ mail _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Targa* _____ Modello _____

**L'inserimento della targa è facoltativo per la registrazione lista autorizzati accesso Centro storico e corsie gialle AMT spa. Per la verifica dell'effettiva registrazione della targa da parte di AMT spa, per il transito nelle corsie gialle, si prega di contattare il Servizio Clienti AMT al numero 010 5582020, venti giorni dopo il rilascio del contrassegno.*

Titolare del contrassegno invalidi n° _____ .

DICHIARA:

- Lo smarrimento del contrassegno avvenuto in data _____
- Il deterioramento del contrassegno (il contrassegno deteriorato va restituito alla consegna del duplicato)
- Il furto del contrassegno, come da denuncia effettuata presso _____ (presentare denuncia di furto in originale)
- Il cambio di residenza (il contrassegno da sostituire va restituito alla consegna del duplicato)

ATTENZIONE: in caso di ritiro da persona delegata allegare delega firmata dal richiedente (oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità del delegato.

E RICHIEDE IL RILASCIO DI UN DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO (LA SOSTITUZIONE IN CASO DI CAMBIO DI RESIDENZA).

*La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è Genova Parcheggi spa, . I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati di Genova Parcheggi spa società nominata responsabile per il rilascio dell'autorizzazione. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare. Letta e compresa l'informativa sopra riportata **dò il consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.*

Genova, _____

Firma _____

Firma del disabile (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)



Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000. Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della seguente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

Genova, _____

Firma _____

Firma del disabile (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

- In qualità di curatore/tutore/amministratore di sostegno (allegare documento di identità e atto di nomina del tribunale o autocertificazione).

Spazio riservato all'ufficio permessi per accettazione

Genova, _____

Firma _____