

Mod.17 **COMUNICAZIONE ACCESSO VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONA TITOLARE DI PERMESSO INVALIDI**

ENTRO 48 ORE tramite Fax 0541/704575 o posta a
Dipartimento Territorio - Settore Infrastrutture, Mobilità e Qualità Ambientale
Ufficio Permessi – via Rosaspina n.21 - 47923 Rimini
fax: 0541-704575 email: centro@comune.rimini.it
pec: dipartimento3@pec.comune.rimini.it

IL SOTTOSCRITTO

(COGNOME) _____ (NOME) _____
NATO A _____ **IL** _____ **RESIDENTE A** _____

IN VIA _____ **N.** _____ **TEL.** _____

TITOLARE DI CONTRASSEGNO INVALIDI N. _____ **RILASCIATO DA COMUNE DI**
_____ **IN DATA** _____ **VALIDO FINO A** _____

DICHIARA

CHE IL GIORNO _____ **DALLE ORE** _____ **ALLE ORE** _____

A BORDO DEL VEICOLO:

MODELLO _____ **TIPO** _____ **TARGA** _____

TRANSITERA'/ HA TRANSITATO

DAL VARCO ELETTRONICO SITO IN VIA _____

DATA _____ **FIRMA** _____

L'autenticità della firma è garantita con le seguenti modalità:

1° caso (presentazione diretta)

Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla. Modalità di
identificazione: _____

Data _____

IL DIPENDENTE ADDETTO

2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)

Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento:

Tipo(*) _____ n. _____

(*) Passaporto, carta d'identità, patente, ecc.

rilasciato da _____ in
data _____ in corso di validità.

Data _____ FIRMA DEL DICHIARANTE