

# COMUNICAZIONE ACCESSO VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONA TITOLARE DI PERMESSO INVALIDI

Direzione Generale - Settore Mobilità  
Ufficio Permessi via Rosaspina n.21 - 47923 Rimini

**ENTRO 72 ORE tramite: 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

\_\_\_\_\_