

**Amministrazione destinataria**

Comune di Treviglio

**Ufficio destinatario**

Ufficio polizia locale

**Domanda di annullamento in autotutela di verbale di violazione al Codice della Strada  
a carico di un veicolo a servizio di disabili circolante in ZTL***Ai sensi del Decreto legislativo 30/04/1992, n. 285***Il sottoscritto**

|                      |                      |                      |                      |                               |                              |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                              |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                              |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                               | Cittadinanza                 |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                               | <input type="text"/>         |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                              |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico                        | Barrato                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>         |
|                      |                      |                      |                      | Interno                       | Scala                        |
|                      |                      |                      |                      |                               | Piano                        |
|                      |                      |                      |                      |                               | SNC <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                      |                      |                               | CAP <input type="text"/>     |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                              |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                              |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                              |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                              |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**titolare di contrassegno disabili**

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numero contrassegno  | Data rilascio        | Data scadenza        | Ente di riferimento  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**a seguito della notifica del verbale di violazione**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Numero verbale       | Data verbale         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**a carico del seguente veicolo**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Targa                | Modello              | Marca                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## di proprietà di

Proprietario o locatario

- ☐ del sottoscritto
- ☐ della persona fisica di seguito specificata

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

## che si trovava a transitare in Zona a Traffico Limitato (ZTL) o in corsia preferenziale

Indirizzo di transito in Zona a Traffico Limitato (ZTL) o corsia preferenziale

## CHIEDE/CHIEDONO

l'annullamento in sede di autotutela del sopra indicato verbale di violazione al Codice della Strada in quanto a servizio di persona con disabilità titolare di contrassegno in corso di validità.

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

## Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia dei documenti d'identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

- ☐ altri allegati

## Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Treviglio

Luogo

Data

il dichiarante

il proprietario del veicolo