

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

CONTRASSEGNO DI SOSTA PER ASSISTENZA

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Codice fiscale

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

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**ai fini del ritiro del "Contrassegno di Sosta"
DICHIARA**

di essere a conoscenza della regolamentazione del diritto alla sosta nelle "zone colorate" del Comune di Bolzano e del fatto che l'inosservanza delle prescrizioni previste per l'uso del contrassegno di sosta comporta, oltre alle sanzioni previste dal Codice della Strada, la decadenza dal diritto e il conseguente ritiro del contrassegno;

di essere a conoscenza che il/la signor/a _____
(cognome) (nome)

Codice fiscale

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

ha presentato richiesta di contrassegno di sosta per l'assistenza presso la mia residenza, esibendo un certificato medico rilasciato da _____ in data _____ che attesta il mio stato di salute.

di delegare al ritiro del contrassegno la/lo stessa/o ovvero

il/la sig./ra _____
(cognome) (nome)

DICHIARA INOLTRE

- di **autorizzare il trattamento dei propri dati personali** presenti nel certificato medico, che viene esibito in visione e trattato esclusivamente per la finalità in oggetto.

- di aver preso visione delle informazioni **in materia di protezione dei dati personali ("PRIVACY")** di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 d.d. 27 aprile 2016 (GDPR).

(barrare la casella corrispondente)

in www.comune.bolzano.it

su supporto cartaceo, presso il Centro Civico

(luogo, data)

Il/La Dichiarante
