AL SINDACO DEL COMUNE DI COLLEFERRO

_L_ SOTTOSCRITT_ _____

IN QUALITÀ DI _____

DEL MINORE _____

CHIEDE

IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO PER L'UTILIZZO DEL PARCHEGGIO RISERVATO AI PORTATORI DI HANDICAP PER:

_____ NAT_ A_____ PROV. _____

IL _____, RESIDENTE A COLLEFERRO, VIA _____

N. _____ TEL. _____

ALLEGA:

- CERTIFICATO DEL MEDICO LEGALE DELLA STRUTTURA SANITARIA CHE ATTESTA LE CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE.
- FOTO Formato tessera

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D. Lgv. 196 del 2003 relativo ai dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti (raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, ecc) da parte del Servizio Sociale del Comune di Colleferro per l'uso strettamente necessario e prende atto di godere dei diritti del D. Lgv. 196/2003

FIRMA

_____

COLLEFERRO,