

RESTITUZIONE CONTRASSEGNO DISABILI

Spazio riservato al Protocollo

Al Comune di
Cremona

Il/la sottoscritto/a _____
residente a _____
via _____ n. _____

grado di parentela con la persona intestataria del contrassegno: _____

DICHIARA

di non aver più necessità e quindi di restituire a codesto Comune il contrassegno di autorizzazione alla sosta n. _____ rilasciato al disabile sig./sig.ra _____ in quanto:

- ricoverato/a in Ospizio – Casa di cura – ecc.
 trasferito in altro Comune
 deceduto/a
 altri motivi: _____.

Conferisce il consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03.

Cremona, lì _____

COMUNE DI CREMONA			
Categ. 03	04	01	02