

**Amministrazione destinataria**

Comune di Mogliano

**Ufficio destinatario**

Polizia Locale

## Domanda di autorizzazione alla demolizione e radiazione di un veicolo sprovvisto di assicurazione

*Ai sensi dell'articolo 193 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                    |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|   |                      |                             |                      | Piano                         | SNC                      |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <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"/>          |                          |
| <b>in qualità di</b> <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i> |                      |                             |                      |                               |                          |
| Ruolo   |                      |                             |                      |                               |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                             |                      |                               |                          |
| Denominazione/Ragione sociale   |                      |                             |                      | Tipologia                     |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                             |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Sede legale   |                      |                             |                      |                               |                          |
| Provincia   | Comune               | Indirizzo                   |                      | Civico                        | Barrato                  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|   |                      |                             |                      | Interno                       | Scala                    |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|   |                      |                             |                      | Piano                         | SNC                      |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <input type="checkbox"/> |
|   |                      |                             |                      |                               | CAP                      |
|   |                      |                             |                      |                               | <input type="text"/>     |
| Codice Fiscale  |                      |                             | Partita IVA          |                               |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                             | <input type="text"/> |                               |                          |
| Telefono  |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                          |
| <input type="text"/>  |                      | <input type="text"/>        |                      | <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

**in quanto**

Titolo

- proprietario
- trasgressore e intestatario del verbale di contestazione

### del seguente veicolo

Targa

Modello

Marca

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

### sottoposto a sequestro amministrativo a seguito del verbale

Numero verbale

Data verbale

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione per la demolizione e la radiazione del veicolo sopra indicato.

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 della documentazione relativa al versamento del deposito cauzionale
- ricevuta di pagamento di rimozioni e custodia del veicolo
- copia del documento 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.

Mogliano

Luogo

Data

il dichiarante

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|