

RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DI VERBALE A CARICO DI VEICOLO AL SERVIZIO DI PORTATORE HANDICAP, PER ACCESSO ALLA ZONA A TRAFFICO LIMITATO CONTROLLATO DA SISTEMA "MUSA", DA PRESENTARSI ENTRO 15 GIORNI DALLA DATA DI NOTIFICA

AL SIGNOR COMANDANTE DEL CORPO DI POLIZIA MUNICIPALE TERRE ESTENSI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____ a _____ residente a _____

via _____ n° _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____, a seguito della notifica del verbale, redatto ai sensi del Codice della Strada,

n° _____ del ____/____/____ relativo al veicolo targato _____

di proprietà di _____

nato/a il ____/____/____ a _____ residente a _____

via _____ n° _____

- **consapevole del fatto che, in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia di falsità degli atti;**

- **consapevole che in assenza e/o carenza degli allegati e/o dei dati richiesti la presente istanza NON POTRA' essere accolta;**

- **consapevole che la presente non può costituire autorizzazione per eventuali futuri transiti.**

chiede l'annullamento in sede di autotutela del citato verbale d'accertamento di violazione, ed a tal fine certifica quanto

segue : di essere titolare del contrassegno disabili n° _____ rilasciato dal Comune di _____

_____ in data ____/____/____ con scadenza ____/____/____

circolavo nella Via _____

come **conducente** del veicolo verbalizzato

come **trasportato** del veicolo verbalizzato che si trovava al mio specifico servizio per i seguenti motivi :

Firma titolare del contrassegno _____

Firma del proprietario del veicolo _____

Allegati obbligatori:

- Fotocopia del verbale di accertata violazione n° _____
- Fotocopia fronte/retro del contrassegno invalidi n° _____
- Fotocopia documenti d'identità dei firmatari

Eventuali altri allegati : _____

PER SPEDIZIONE VIA POSTA O FAX UTILIZZARE UNICAMENTE IL SEGUENTE RECAPITO :

CORPO POLIZIA MUNICIPALE TERRE ESTENSI

Via Bologna 534 – 44124 Ferrara

Fax : 0532-418624 Per eventuali informazioni : ufficio URP – tel. 0532-418612 oppure 0532-418613

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE (recapito a mano)

Timbro e data ricezione _____ Firma Ag./Ass. P.M. _____