**COMANDO DI POLIZIA LOCALE**

*Via Donizetti, 352/B – 20031 Cesate (MI) Tel. 02.9940353 – Fax 02.99066844*

*E-Mail: polizialocale@comune.cesate.mi.it PEC: protocollo@comune.cesate.mi.legalmail.it*

**OGGETTO: richiesta per il rilascio del CONTRASSEGNO DELLA SOSTA NEI PARCHEGGI ROSA riservati al servizio delle donne in stato di gravidanza o dei genitori con bambini di età non superiore ai due anni ex art. 188 bis CDS**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA’

resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 DEL 28/12/2000

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| nato/a a |  |
| il |  |
| residente a Cesate in via/piazza |  |
| codice fiscale |  |
| recapito telefonico |  |

Ai fini del rilascio del CONTRASSEGNO DELLA SOSTA NEI PARCHEGGI ROSA COMUNALI, **consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,**

**DICHIARA**

di essere nelle condizioni di cui all’articolo 188 bis CDS ed in particolare

|  |  |
| --- | --- |
|  | di essere in stato di gravidanza (allega certificazione medica attestante) |
|  | di essere **genitore** di minore, nato il \_\_ /\_\_ /\_\_\_ e quindi con età **non superiore ad anni due** |

Documenti da allegare:

1. Copia fotostatica documento d’identità valido;
2. Copia certificazione medica attestante stato di gravidanza ovvero certificato di nascita del minore;

*“Ai sensi degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti ai soli fini del procedimento per il quale sono richiesti.*

*Si rende noto che, in ottemperanza alla legislazione sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (D. Lgs. N. 193 del 30/06/203 e s.m.i.), i dati personali riportati sul presente modulo, non verranno, da parte della Civica Amministrazione, divulgati a terzi, ma saranno utilizzati al fine di poter adempiere alle procedure conseguenti al procedimento.”*

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_