

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI CASTO

**CONTRASSEGNO INVALIDI
DENUNCIA DI SMARRIMENTO E RICHIESTA DUPLICATO**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via/p.zza _____ n. _____

tel. o cell. _____

Cod. Fiscale _____

Identificato tramite _____

Rilasciato da _____ il _____

Dichiara di aver smarrito il contrassegno invalidi n. _____

Intestato a _____

lo smarrimento è avvenuto presumibilmente in data _____

in _____

Chiede il duplicato del contrassegno invalidi n. _____

N. B. Nel caso di rientro in possesso dei documenti denunciati come smarriti, il documento deve essere riconsegnato immediatamente al Comune. La mancata riconsegna e l'utilizzo del permesso denunciato come smarrito possono comportare la violazione dell'articolo 650 c.p.

La presente dichiarazione è stata sottoscritta davanti al dipendente addetto alla ricezione

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000). E' informato ai sensi dell' art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

CASTO

Il dichiarante

Il Pubblico ufficiale

-Ai sensi dell'art. 13 del D. lgs 196/ '03, si informa che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e per le finalità di cui alla L. 241/90
-Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la domanda è sottoscritta davanti al pubblico ufficiale ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente.