



**AL SIGNOR COMANDANTE  
DELLA POLIZIA MUNICIPALE DI  
CAMPOBELLO DI LICATA**

**OGGETTO:** ISTANZA RILASCIO “PASS PARCHEGGI ROSA” (Delibera G.M. 06/03/2023, n. 15)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a  
a..... il ..... codice fiscale ..... residente  
a Campobello di Licata in via/piazza ..... n.  
..... tel. .... e-mail .....,

- ai sensi degli artt. 46-47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

- consapevole che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi e, nel caso di dichiarazioni false, ad informare l'Autorità Giudiziaria;

- consapevole che ogni futura variazione della presente dichiarazione deve essere tempestivamente comunicata;

**DICHIARA**

◆ di essere in stato di gravidanza e che la data presunta del parto è il ..... come attestato dal certificato medico allegato;

◆ di essere il genitore di cognome-nome ..... nato/ a  
..... il .....

◆ che la propria compagna/coniuge ..... nata a  
..... il ..... si trova in stato di gravidanza e che la data presunta del parto è il ..... come attestato dal certificato medico allegato;

◆ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente in funzione e per i fini dell'istanza medesima e saranno conservati presso le sedi competenti dell'amministrazione.

**RICHIEDE**

Il rilascio del pass per la fruizione della sosta nei “Parcheggi Rosa”.

Lo/a scrivente espressamente dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 403/98 attuativo della L. 127/97, che i dati forniti corrispondono al vero, consente il trattamento dei propri dati personali in virtù di quanto previsto dall'art. 11 L. 675/96, si impegna a comunicare a codesto Corpo P.M. ogni eventuale modifica o situazione che comporti la decadenza dei benefici richiesti e a restituire il relativo contrassegno.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA .....