

**CONTRASSEGNO INVALIDI
RICHIESTA DUPLICATO PER DETERIORAMENTO**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via/p.zza _____ n _____

tel.o cell. _____

Cod. Fiscale _____

Identificato tramite _____

Rilasciato da _____ il _____

Chiede il duplicato del contrassegno invalidi n. _____

Intestato a _____

Il dichiarante

Pesaro,

-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.