

Marca da

bollo

€ 16,00

Al Sig. SINDACO
del Comune di
ANCONA

Il sottoscritto _____ nato/a
a _____ il _____ residente nel comune
di _____ in via _____ civ. n. _____, telefono n.
_____, nella sua qualità di AMBULANTE, avendo la necessità di sostare nelle Zone a
Traffico Limitato, Zone Residenti e Zone Blu, per effettuare la propria attività

chiede

il rilascio del permesso di sosta nella Zona sopra descritta, impegnandosi a restituirlo qualora
vengano a mancare le condizioni alle quali il rilascio è subordinato.

Allo scopo, sotto la sua personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso
di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445
del 28 dicembre 2000,

dichiara

- di essere titolare della licenza n. _____ e di svolgere la propria attività di
AMBULANTE nel comune di ANCONA con sede operativa in via _____
_____ civ. n. _____ telefono n. _____ ;

- di essere intestatario del veicolo targato n. _____

In fede.

Ancona lì _____

Il richiedente

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003, che i dati personali
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese.

(firma)