

**RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DI VERBALE A CARICO
DI VEICOLO AL SERVIZIO DI PORTATORE HANDICAP DA
PRESENTARE ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI NOTIFICAZIONE**

**AL SIGNOR COMANDANTE DEL DISTRETTO POLIZIA LOCALE TV5A
COORDINAMENTO DISTRETTUALE DI POLIZIA LOCALE DELL'ASOLANO**

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a il ____/____/____ a _____ residente a _____
via _____ n° ____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____, a seguito della notifica del verbale, redatto ai sensi del Codice della Strada,
n° _____ del ____/____/____ relativo al veicolo targato _____
di proprietà di (cognome) _____ (nome) _____
nato/a il ____/____/____ a _____ residente a _____
via _____ n° _____

- consapevole del fatto che, in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia di falsità degli atti;
- consapevole che in assenza e/o carenza degli allegati e/o dei dati richiesti la presente istanza NON POTRA' essere accolta;

chiede l'annullamento in sede di autotutela del citato verbale d'accertamento di violazione, ed a tal fine certifica quanto segue:

di essere titolare del contrassegno handicap n° _____

rilasciato dal Comune di _____

in data ____/____/____ con scadenza ____/____/____

circolavo nella Via _____

- come conducente del veicolo verbalizzato
- come trasportato del veicolo verbalizzato che si trovava al mio specifico servizio per i seguenti motivi:

Firma titolare del contrassegno _____

Firma del proprietario del veicolo _____

Allegati obbligatori :

- Fotocopia verbale di accertata violazione n° _____
- Fotocopia, fronte-retro, del "contrassegno invalidi" n° _____
- Fotocopia documenti di identità dei firmatari
- Eventuali altri allegati _____

**PER SPEDIZIONE: VIA POSTA RACCOMANDATA OPPURE VIA PEC: COMUNE.ASOLO.TV@PECVENETO.IT OPPURE
VIA E-MAIL: CONTENZIOSO@PLDISTRETTOTV5A.IT OPPURE AL SEGUENTE RECAPITO:
UFFICIO POLIZIA LOCALE
Via Strada Muson n° 2/B – 31010 Asolo (TV) - Per eventuali chiarimenti: tel. 0423 950044**

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE (recapito a mano)

Timbro e data di ricezione _____ **Firma Ag./Uff. P.L.** _____ **Matr.** _____