



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Ospedaletto Lodigiano

**Ufficio destinatario**  
Polizia Locale



## Domanda di volturazione dell'autorizzazione di passo carrabile

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Interno	Scala
					Piano
					<input type="checkbox"/> SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo					
Denominazione/Ragione sociale				Tipologia	
Sede legale					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Interno	Scala
					Piano
					<input type="checkbox"/> SNC
					CAP
Codice Fiscale			Partita IVA		
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

--

### CHIEDE

la volturazione dell'autorizzazione per l'apertura di passo carrabile

Numero autorizzazione	Data autorizzazione

### in corrispondenza dell'accesso alla proprietà del fabbricato sito in

Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Interno	Scala
					Piano
					<input type="checkbox"/> SNC
					CAP
Proprietà del fabbricato					
<input type="radio"/> di proprietà del richiedente <input type="radio"/> di proprietà di <i>(specificare)</i>					

**l'attuale intestatario dell'autorizzazione è il seguente soggetto fisico**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**l'attuale intestatario dell'autorizzazione è il seguente soggetto giuridico**

Denominazione/Ragione sociale		Tipologia						
<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Sede legale								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale		Partita IVA						
<input type="text"/>		<input type="text"/>						

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che manterrà il cartello segnaletico del passo carrabile in perfetta efficienza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

pagamento dell'imposta di bollo

copia del documento d'identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ospedaletto Lodigiano

Luogo

Data

il dichiarante