

**Amministrazione destinataria**

Comune di Vitorchiano

**Ufficio destinatario**

Ufficio Polizia Locale

## Domanda di dissequestro di un veicolo sprovvisto di assicurazione per la rimessa in circolazione

*Ai sensi dell'articolo 193 del Decreto Legislativo 30/04/1992, n. 285*

**Il sottoscritto**

|   |                      |                             |                      |                               |                          |
|---|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 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"/>     |
| Residenza   |                      |                             |                      |                               |                          |
| Provincia   | Comune               | Indirizzo                   |                      | Civico                        | Barrato                  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|   |                      |                             |                      | Interno                       | Scala                    |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|   |                      |                             |                      | Piano                         | SNC                      |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <input type="checkbox"/> |
|   |                      |                             |                      |                               | CAP                      |
|   |                      |                             |                      |                               | <input type="text"/>     |
| Telefono cellulare  |                      | Telefono fisso              |                      | Posta elettronica ordinaria   |                          |
| <input type="text"/>  |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |
|   |                      |                             |                      | Posta elettronica certificata |                          |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          |                          |
| <b>in qualità di</b> <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i> |                      |                             |                      |                               |                          |
| Ruolo   |                      |                             |                      |                               |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                             |                      |                               |                          |
| Denominazione/Ragione sociale   |                      |                             |                      | Tipologia                     |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                             |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Sede legale   |                      |                             |                      |                               |                          |
| Provincia   | Comune               | Indirizzo                   |                      | Civico                        | Barrato                  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|   |                      |                             |                      | Interno                       | Scala                    |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|   |                      |                             |                      | Piano                         | SNC                      |
|   |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <input type="checkbox"/> |
|   |                      |                             |                      |                               | CAP                      |
|   |                      |                             |                      |                               | <input type="text"/>     |
| Codice Fiscale  |                      |                             | Partita IVA          |                               |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                             | <input type="text"/> |                               |                          |
| Telefono  |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                          |
| <input type="text"/>  |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |

**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

**in quanto**

Titolo

- proprietario
- trasgressore e intestatario del verbale di contestazione

**del seguente veicolo**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Targa                | Modello              | Marca                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### sottoposto a sequestro amministrativo a seguito del verbale

Numero verbale

Data verbale

### affidato in custodia a

Soggetto a cui è affidata la custodia (custodia giudiziale, ACI, officina, ecc.)

### presso

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

### CHIEDE

il dissequestro del veicolo sopra indicato per la rimessa in circolazione.

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)*

- copia del certificato di assicurazione (copertura assicurativa di almeno sei mesi per pagamenti in misura ridotta)
- ricevuta di pagamento della sanzione  
*(In misura ridotta se il pagamento è effettuato entro 60 giorni dalla contestazione o notifica dell'accertamento)*
- ricevuta di pagamento di eventuali rimozioni e spostamenti del veicolo
- 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.

Vitorchiano

Luogo

Data

il dichiarante