

Marca da Bollo da €. 16,00

**Al Sig. Sindaco
Città di Medicina
Via Libertà n. 103
C.A.P. 40059**

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER TRANSITO IN DEROGA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Via / P.zza _____ n. _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ @ _____
Codice Fiscale/Partita IVA _____ in qualità di _____
della Società _____ con sede legale in _____
via _____ n. _____ tel. _____ Codice Fiscale/Partita IVA _____
_____ proprietario dei sottoindicati veicoli:

N.	MODELLO	TARGA	MASSA COMPLESSIVA
1			
2			
3			
4			
5			

Consapevole delle responsabilità conseguenti alle dichiarazioni mendaci o alle false attestazioni e dei loro effetti

CHIEDE

Nel periodo dal giorno _____ al giorno _____ (*) in deroga alle limitazioni ivi esistenti, l'autorizzazione alla loro circolazione nella Via, o tratto di essa, _____ al fine di raggiungere il civico _____ seguendo il seguente percorso: _____

Motivazione della richiesta: _____

SI IMPEGNA

a sostenere le spese per le eventuali riparazioni dei manufatti eventualmente danneggiati durante la circolazione.

ALLEGA:

- N° 1 marche da bollo di € 16,00 da apporre sull'autorizzazione;;
- fotocopie carte di circolazione;
- copia della precedente autorizzazione (solo in caso di rinnovo);

Medicina,

Firma _____

N.B.

- la richiesta deve essere presentata almeno 15 giorni lavorativi prima dell'inizio dell'autorizzazione.
- (*) L'autorizzazione viene rilasciata per un massimo di 365 gg. nell'anno solare in corso.