# Comune di Trasacco ( AQ )

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240
C.F. 00167260660
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it


Marca da bollo

**Al Sig. Sindaco del Comune di Trasacco**

| **CONCESSIONE DI PASSO CARRABILE** |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. .....

In qualità di, .....

**Chiede**

◯ Concessione/autorizzazione passo carrabile.

◯ Rilascio della tabella segnaletica di passo carrabile.

◯ Cambio di intestazione della concessione N°.....

Relativa a passo carrabile di larghezza .....e lunghezza.....

In località .....

Note.....
.....
.....
.....

**Alla presente si allegano i seguenti documenti**

- Relazione sintetica sull'autorizzazione richiesta.
- Planimetria esplicativa della stessa.

Dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veritiere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Trasacco lí, .....

Il Richiedente .....