



COMUNE DI VILLACIDRO
PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO
COMANDO POLIZIA MUNICIPALE

Piazza Municipio 1

Tel. 07093442282 - Fax 0709310027

Prot. n. _____

Villacidro

Al Signor SINDACO
Comune di
VILLACIDRO (VS)

OGGETTO: Richiesta di accesso agli atti inerenti sinistro stradale.

Il sottoscritto _____,

Nato/a a _____, il _____,

e residente a _____,

n. tei. _____, nella qualità di:

- Interessato _____ ;
- Delegato (agenzia assicurativa, studio legale) _____

CHIEDO

- Di visionare il verbale del rilievo (presso la sede **del Comando in data e orario da concordarsi**);
- Copia del verbale di rilievo con documentazione fotografica (costo € 25,00);**
- Invio telematico con pec di copia rilievo sinistro (€ 15,00)**

Del sinistro stradale

accertato in data _____, alle ore _____, nella Via _____ ;

A tal fine allego attestazione del versamento eseguito sul c.c.p. n. 16162091 intestato a Comune di Villacidro Servizio di Tesoreria, con causale: Rilascio copia sinistro stradale del _____.

La documentazione richiesta verrà ritirata dal richiedente presso gli Uffici del Comando nei giorni e orari di apertura al pubblico.

Ai sensi dell'art.13 del D. L.gvo dichiara di essere informato:

- a) Sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Villacidro secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa;
- b) Che il titolare della banca dati è l'Amministrazione Comunale di Villacidro con sede presso il Comune di Villacidro in Piazza Municipio n. 1.

Villacidro _____

In fede _____

Il Richiedente