



Amministrazione destinataria  
Comune di San Pietro di Cadore

Ufficio destinatario  
Ufficio Polizia Locale

## Domanda di revoca 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	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	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	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	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 revoca dell'autorizzazione di passo carrabile

Numero autorizzazione	Data autorizzazione
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

**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"/>						

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 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.

San Pietro di Cadore

Luogo

Data

il dichiarante