

	Amministrazione destinataria Regione Friuli Venezia Giulia	
	Ufficio destinatario Ufficio protocollo	

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	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP	
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata		
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>					
Ruolo					
Denominazione/Ragione sociale				Tipologia	
Sede legale					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP	
Codice Fiscale		Partita IVA			
Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata			
in quanto					
Titolo					
<input type="radio"/>	proprietario				
<input type="radio"/>	trasgressore e intestatario del verbale di contestazione				
del seguente veicolo					
Targa	Marca	Modello			
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	Piano

CHIEDE

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

Eventuali annotazioni	
-----------------------	--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato di assicurazione (copertura assicurativa di almeno sei mesi per pagamenti in misura ridotta)
<input checked="" type="checkbox"/>	ricevuta di pagamento della sanzione <i>(In misura ridotta se il pagamento è effettuato entro 60 giorni dalla contestazione o notifica dell'accertamento)</i>
<input type="checkbox"/>	ricevuta di pagamento di eventuali rimozioni e spostamenti del veicolo
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.
--------------------------	---

Trieste		
Luogo	Data	Il dichiarante