

	Amministrazione destinataria Regione Sardegna Ufficio destinatario Ufficio	
--	---	--

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

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.
--------------------------	---

Luogo	Data	Il dichiarante