**PŘEDPLATNÍ ZTP/P**

Jméno: ……………………………………………..……….… Příjmení: ……………….………………………………………………………………………….

Datum narození: …………………………………………………..………. Číslo OP: ……………………..…………….……………………………..

Trvalé bydliště :…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………

Označení zóny/lokalita: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Žadatel je držitelem parkovacího průkazu přepravující osobu těžce zdravotně postiženou □

Číslo průkazu: ……………………………………………….Vydán kým: …………………………………………………………………………………

Platnost do: …………………………………………………………………………..

Pro rychlý kontakt v případě zájmu uveďte:

telefon: …………………………..………………e-mail: ……………….……….…………..............

Žadatel při podání žádosti doložil:

[ ]  platný občanský průkaz

[ ]  originál platného parkovacího průkazu přepravující osobu těžce zdravotně postiženou O7

[ ]  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Prohlášení:**

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé. Jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z uvedení nepravdivých údajů vyplývaly.

Informace o zpracování osobních údajů a o svých právech v souvislosti se zpracováním osobních údajů, naleznete na: <https://breclav.eu/urad/ochrana-osobnich-udaju-gdpr>

V ……………………………………………

Datum: ……………………………………. Podpis: ………………………………….