

RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO PERMESSO ACCESSO E TRANSITO IN ZONA A TRAFFICO LIMITATO

Medici



(tutti i campi sono obbligatori)

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (artt. 46 e 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Provincia _____ il ____/____/____

Codice fiscale _____

Residente a _____ Provincia _____

in Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, e che inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di appartenere alla seguente categoria professionale:
 - ☐ Medico di Famiglia;
 - ☐ Pediatra di libera scelta;
 - ☐ Medico di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);che l'ASL di appartenenza è _____;
- di avere la necessità di accedere nella ZTL/APU di seguito indicata per fornire assistenza obbligatoria a pazienti residenti all'interno della stessa ZTL/APU;
- che il veicolo per il quale si richiede il permesso è:
 - Marca _____ Modello _____
 - Targa _____.
 - ☐ Veicolo di proprietà del richiedente;
 - ☐ Veicolo in forza di contratto di leasing;
 - ☐ Veicolo in forza di contratto di noleggio a lungo termine.
- di essere a conoscenza:
 - di dover comunicare tutte le eventuali e successive variazioni rispetto a quanto dichiarato al momento del rilascio dell'autorizzazione.
 - che l'Amministrazione Comunale si riserva di procedere in qualsiasi momento alla verifica delle condizioni che hanno determinato il rilascio delle autorizzazioni. Nel caso in cui venga accertato che non sussistano più gli elementi per il mantenimento dell'autorizzazione, si procederà alla immediata revoca d'ufficio.

CHIEDE

il rilascio/rinnovo del permesso di accesso e transito nella ZTL/APU di seguito indicata:

- | | |
|---|---|
| ☐ Centro Antico; | ☐ Tarsia - Pignasecca – Dante; |
| ☐ Tribunali-Nilo (inc. Centro Antico); | ☐ Belledonne – Cavallerizza; |
| ☐ Trinità; | ☐ Pontile Castello dell'Ovo; |
| ☐ Nisida; | ☐ Mezzocannone; |
| ☐ Marechiaro; | ☐ Centro Direzionale. |
| ☐ Area Pedonale Via Brombeis; | |

RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO PERMESSO ACCESSO E TRANSITO IN ZONA A TRAFFICO LIMITATO

Medici



(tutti i campi sono obbligatori)

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- ✓ copia fronte/retro documento di riconoscimento del richiedente
- ✓ copia fronte/retro Carta di Circolazione del veicolo con revisione in corso di validità;
- ✓ certificazione rilasciata dall'ASL competente per i soli medici che hanno pazienti residenti all'interno della ZTL (per i medici in visita domiciliare).

IN CASO DI VEICOLI NON DI PROPRIETA' DEL RICHIEDENTE ALLEGARE I SEGUENTI ULTERIORI DOCUMENTI.

- ✓ **Veicolo con contratto di leasing o noleggio a lungo termine:**
 - copia del contratto di leasing o noleggio a lungo termine intestato al richiedente.

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____ Firma Richiedente _____