

Oggetto: richiesta rilascio contrassegno di circolazione nelle **Zone a Traffico Limitato**, di cui al paragrafo 1 lettera "o" all'Ordinanza Dirigenziale n. 233 del 23 maggio 2006 e successive modifiche ed integrazioni.



Il/la sottoscritto/a _____

C.F.

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni civili e penali stabilite dalla legge per attestazioni o dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli art. 46 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____ e di essere residente in _____ via _____ tel./cell. _____

CHIEDE

in qualità di proprietario/a del veicolo (o di utilizzatore in uso esclusivo di veicolo intestato a terzi) marca _____ modello _____ targato _____ il rilascio del contrassegno di circolazione nella ZONA A TRAFFICO LIMITATO in quanto effettuante assistenza domiciliare esercitando la propria professione nella sanità pubblica.

DICHIARA INOLTRE

che circolerà all'interno delle ZTL limitatamente alle esigenze di spostamento connesse all'assistenza domiciliare stessa.

(firma del richiedente)

In allegato trasmette:

- fotocopia documento di identità in corso di validità.
- fotocopia integrale (fronte e retro) della carta di circolazione del veicolo da autorizzare.
- Attestazione del proprietario del veicolo qualora il veicolo sia concesso in uso esclusivo al dichiarante
- fotocopia controllo gas di scarico "Bollino Blu"

Il sottoscritto Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, dichiara che il richiedente effettuante assistenza domiciliare esercita la propria professione nella sanità pubblica.

Il presidente
(timbro e firma)

Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 Codice in materia di protezione di dati personali (PRIVACY)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, si informa che i dati forniti con il presente modulo saranno oggetto del seguente trattamento: raccolta, elaborazione, archiviazione. Si informa altresì che i diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 7. L'interessato acconsente al trattamento dei dati di cui all'art. 26 dello stesso decreto limitatamente all'espletamento dell'istruttoria di rilascio dell'autorizzazione in oggetto.

Venezia, _____

(Firma per il consenso)

Note:

La presente richiesta non autorizza in alcun modo il richiedente ad esercitare le facoltà previste dal rilascio dell'autorizzazione.

La presente istanza deve essere presentata agli Uffici Protocollo del Comune di Venezia, S. Marco 4136 o Mestre, via Ca' Rossa 10/C (dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13).

COMUNE DI VENEZIA --- UFFICIO ZTL---- MODULO RICHIESTA MEDICI PERMESSO N° _____