

**Marca da
bollo
€ 16,00**

Al Sig. SINDACO
del Comune di
ANCONA

Il sottoscritto _____ nato/a
a _____ il _____ residente nel comune
di _____ in via _____ civ. n. _____, telefono n.
_____, nella sua qualità di MEDICO REPERIBILE;

chiede

il rilascio del permesso di sosta valido per il transito e/o la sosta nelle Zone a Traffico Limitato, Zone Residenti e Zone Blu, per la zona in cui è compreso il proprio ambulatorio medico, impegnandosi a restituire il contrassegno qualora vengano a mancare le condizioni per le quali il rilascio è subordinato.

Allo scopo, sotto la sua personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

dichiara

- di disporre di un proprio ambulatorio in Ancona in via _____
n. _____ in cui effettua visite mediche nei giorni di _____
_____ e nei seguenti orari _____ ;

- di esercitarne la professione medica presso una struttura Ospedaliera sita in via _____
_____ n. _____ in cui è tenuto ad effettuare turni di reperibilità;

- di utilizzare l'autovettura al medesimo intestata targata n. _____ e/o l'autovettura intestata
al/alla (componente del nucleo familiare) _____ Sig./Sig.ra _____

Allega alla presente dichiarazione rilasciata dall'A. S. L. n. 7 o dichiarazione della
Direzione Sanitaria dell'Ospedale, (nel caso di cliniche private) nella quale si attesta che il
sottoscritto effettua turni di reperibilità presso di essa.

In fede.

Ancona lì _____

Il richiedente

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003, che i dati personali
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del
procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese.

(firma)