

**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. _____, tel. n. _____,
nella sua qualità di MEDICO IN VISITA DOMICILIARE,

chiede

il rilascio del permesso valido per il transito/e o la sosta nelle Zone a traffico limitato, Zone Residenti e Zone blu per l'effettuazione delle visite domiciliari presso l'abitazione dei propri pazienti, 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,

Certificato che attesti la convenzione come medico di base con L'ASUR 7

dichiara

- di avere i propri assistiti in Zone a traffico limitato, Zone Residenti e Zone blu;
- di essere a conoscenza che il permesso è valido esclusivamente per l'effettuazione delle prestazioni mediche domiciliari.
- che la vettura targata n. _____ è intestata al medesimo;
- che altra vettura targata n. _____ è intestata al familiare Sig. _____;

In fede.

Ancona li _____

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)