

CITTA' DI
VENEZIA



Al Comune di Venezia
Direzione Servizi al Cittadino e Imprese
Settore Mobilità e Trasporti
pec: mobilitatrasporti@pec.comune.venezia.it
sedi Uffici Protocollo:
San Marco 4136 Venezia
via Spalti n.28 Mestre
viale Ancona n.59 Mestre

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MEDICI

- Prima richiesta**
- Rinnovo permesso n.** _____
- Duplicato permesso n.** _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ C.F. _____
e residente in _____ via/piazza _____ n. _____
cap. _____ tel./cell. _____ e-mail _____

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

CHIEDE

in qualità di proprietario/a del veicolo di utilizzatore in uso esclusivo di veicolo intestato a terzi con nominativo registrato nella carta di circolazione presso gli uffici della Motorizzazione se non appartenente al nucleo familiare (in questo caso allegare dichiarazione uso esclusivo).

marca e modello _____ targa _____

il rilascio del contrassegno di circolazione nella ZONA A TRAFFICO LIMITATO in quanto effettuate 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.

Venezia, _____
(firma del richiedente)

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

*Il presidente
(timbro e firma)*

Allega:

- fotocopia documento di identità in corso di validità.
- fotocopia integrale (fronte e retro) della carta di circolazione del veicolo da autorizzare.
- dichiarazione del proprietario del veicolo qualora il veicolo sia concesso in uso esclusivo al dichiarante da appartenente al nucleo familiare o concessione uso esclusivo auto aziendali

segue

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Venezia, _____

(Firma per il consenso)

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