

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PERMESSO DI SOSTA GRATUITA IN ZCS PER MEDICO CON ATTIVITA' DI VISITE DOMICILIARI

Al Sindaco del
Comune di Empoli

I sottoscritt _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente a _____ prov. _____
 in via/piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
 domiciliato a _____ prov. _____
 in via/piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
 tel. _____ mail. _____

Dichiara:

- di svolgere la professione medica
- di esercitare attività di visite domiciliari
- di svolgere anche attività e/o servizi di assistenza domiciliare in convenzione con la AUSL per i quali allega copia della Convenzione stessa

Chiede il rilascio del permesso di sosta gratuita in ZCS con disco orario max 2 ore

per la vettura di proprietà *:
 marca _____ modello _____ targa _____

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

il permesso non consente l'accesso né la sosta in ZTL;

l'uso difforme può comportare, salvo responsabilità penali, l'applicazione di sanzioni amministrative e il ritiro dell'autorizzazione.

Allegare fotocopia della Carta di Identità e del tesserino di iscrizione all'Ordine dei Medici

* Nel caso di veicolo non di proprietà, dovrà essere adeguatamente documentata l'autorizzazione al comodato d'uso esclusivo da parte del proprietario del veicolo o la locazione in caso di veicolo acquistato con formula leasing o equivalente.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità civili e di quelle penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e degli artt. 495 e 496 c.p. in caso di attestazioni o dichiarazioni false o mendaci, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità. Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare immediatamente al Comune di Empoli ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato.

Empoli, il _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003, dà il consenso al trattamento dei dati personali.

Empoli, il _____ Firma _____