

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE Z.S.L. PER I VEICOLI DEI PAZIENTI DEGLI STUDI MEDICI CON SEDE IN ZONA Z.S.L.

Genova, li

Al Comune di Genova - Municipio.....

Il Sottoscritto/anato/a a.....

Ilresidente a.....in Via/Piazza.....

Civ.....Tel.....

e-mail.....

DICHIARA

Ai sensi degli artt..46 - 47 comma 1 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R stesso in qualità di:

- titolare dell'ambulatorio:.....
- rappresentante dello studio medico associato (allegata delega consociati) :.....
- altro (specificare):.....

Che lo studio medico/ambulatorio.....

sito inVia

effettua il seguente orario d'apertura:

LUNEDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
MARTEDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
MERCOLEDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
GIOVEDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
VENERDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
SABATO	DALLE ORE	ALLE ORE
FESTIVI	DALLE ORE	ALLE ORE

Dichiara inoltre di essere iscritto all'ordine professione al numero.....

CHIEDE

il rilascio di N°(max 5) autorizzazioni annuali alla sosta nella ZSL..... per i veicoli dei propri pazienti.

Firma

.....

Per il rilascio delle autorizzazioni dovranno essere corrisposti:

- 1) bollo di stato virtuale su autorizzazione (uno x ogni autorizzazione);**
- 2) diritti di segreteria (x ogni autorizzazione).**
- 3) bollo di stato virtuale su richiesta;**

Qualora l'istanza non sia sottoscritta davanti all'impiegato addetto, è necessario allegare alla stessa copia fotografica integrale di documento di identità in corso di validità .

Si rende noto che, in ottemperanza alla legislazione sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (D. Legisl. N.196 del 30/06/03 e s.m.i.), i dati personali riportati sul presente modulo, non verranno, da parte della Civica Amministrazione divulgati a terzi, ma saranno utilizzati al fine di poter adempiere alle procedure conseguenti al procedimento.