

*Alla Direzione Risorse Umane e Servizi a Cittadini e Imprese
Sportello Polifunzionale*

Domanda permesso transito e sosta per

MEDICI : VISITE DOMICILIARI URGENTI

La/Il Sottoscritta/o _____ nata/o il _____
a _____ residente a _____
via _____ nr civ. _____ tel. _____
Iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi N° _____ e titolare di codice A.S.L.

CHIEDE: IL RILASCIO / IL RINNOVO / IL DUPLICATO

DEL PERMESSO PER VISITE DOMICILIARI URGENTI IN DEROGA AI PROVVEDIMENTI RESTRITTIVI IN MATERIA DI CIRCOLAZIONE E SOSTA (ART. 7 C.d.S.)

ALLEGA:

- 2 marche da bollo da € 16,00
- Fotocopia del Documento di identità
- Se duplicato presentare la denuncia di furto o smarrimento

DICHIARA:

- Di esercitare attualmente la propria attività anche attraverso l'effettuazione di visite domiciliari a carattere di urgenza
- Di essere a conoscenza che, a norma dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

INFORMATIVA ai sensi del D.lgs. del 30/6/2003 n.196. I dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per l'assolvimento dei compiti istituzionali, peraltro già noti all'interessato, attribuiti all'ufficio cui è indirizzata la richiesta, ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti. Restano ferme, ai sensi del D.lgs. del 30/6/2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", le vigenti norme di accesso ai documenti amministrativi in quanto compatibili con il decreto succitato.

Rivoli, _____

FIRMA _____