

**Oggetto:** richiesta rilascio contrassegno di circolazione nelle **Zone a Traffico Limitato**, di cui al paragrafo 1 lettera "o" all'Ordinanza Dirigenziale n. 233 del 23 maggio 2006 e successive modifiche ed integrazioni.



**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

C.F.

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

**DICHIARA**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di essere residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

in qualità di proprietario/a del veicolo (o di utilizzatore in uso esclusivo di veicolo intestato a terzi) marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ targato \_\_\_\_\_ il rilascio del contrassegno di circolazione nella ZONA A TRAFFICO LIMITATO in quanto effettuante 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.

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

In allegato trasmette:

- fotocopia documento di identità in corso di validità.
- fotocopia integrale (fronte e retro) della carta di circolazione del veicolo da autorizzare.
- Attestazione del proprietario del veicolo qualora il veicolo sia concesso in uso esclusivo al dichiarante
- fotocopia controllo gas di scarico "Bollino Blu"

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

**Il presidente**

(timbro e firma)

Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 Codice in materia di protezione di dati personali (PRIVACY)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, si informa che i dati forniti con il presente modulo saranno oggetto del seguente trattamento: raccolta, elaborazione, archiviazione. Si informa altresì che i diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 7. L'interessato acconsente al trattamento dei dati di cui all'art. 26 dello stesso decreto limitatamente all'espletamento dell'istruttoria di rilascio dell'autorizzazione in oggetto.

Venezia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma per il consenso)

**Note:**

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

**La presente istanza deve essere presentata agli Uffici Protocollo del Comune di Venezia, S. Marco 4136 o Mestre, via Ca' Rossa 10/C (dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13).**

COMUNE DI VENEZIA --- UFFICIO ZTL---- MODULO RICHIESTA MEDICI PERMESSO N° \_\_\_\_\_