

**Oggetto: Richiesta di rinnovo permesso transito e sosta Ztl H3 limitato a un veicolo - RINNOVO** - medici fiscali

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

in qualità di **responsabile INPS** servizio controllo domiciliare dei lavoratori in malattia

**RICHIEDE IL RINNOVO**

per il **Medico Fiscale** Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ del permesso di **transito e sosta** per la zona:

**ZTL 1 - "Centro Storico Medievale"**

**ZTL 2 - "Colsereno Sant'Anna"**

previsto dalle ordinanze dirigenziali n. 588/18, n. 630/18 e loro modifiche ed integrazioni per il seguente veicolo di proprietà:

Veicolo (marca e tipo)	Targa	Costo
_____	_____	Gratuito
	<b>Spese istruttoria</b>	Gratuito
	<b>Totale</b>	Gratuito

**Si allega:**

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che nulla è cambiato o variato, ad oggi, rispetto a quanto già comunicato nella prima istanza.
- Ricevuta del pagamento previsto per il permesso e le spese di istruttoria.

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B.** Il modulo va debitamente compilato e consegnato presso l'ufficio permessi della Polizia Locale in via Monte Vescovo 2, tramite email all'indirizzo: [poliziamunicipale@comune.tivoli.rm.it](mailto:poliziamunicipale@comune.tivoli.rm.it) o con pec all'indirizzo: [ufficio.comando@pec.comune.tivoli.rm.it](mailto:ufficio.comando@pec.comune.tivoli.rm.it)

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Data consegna \_\_\_\_\_ Firma per accettazione \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
**(Art. 47 D.p.r 28 dicembre 2000, n. 455)**

Il/la sottoscritto/a   
nato/a a  il  residente a   
in  n.  CAP   
domiciliato/a a  in  n.   
CAP  tel.  C.F.   
email

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445.

**DICHIARA**


Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

**N.B.** Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.