

**Oggetto: Richiesta di permesso transito e sosta Ztl H1 limitato a un veicolo - PRIMO RILASCIO - medici di base**

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

in qualità di **medico base** esercente l'attività in forma convenzionata con la locale Asl Rm/G

**RICHIEDE IL RILASCIO**

del permesso di transito e sosta per la zona:

- ZTL 1 – “Centro Storico Medievale”  
 ZTL 2 – “Colsereno Sant’ Anna”       ZTL 3 – “Inversata Due Giugno”

per il seguente veicolo di proprietà:

Veicolo (marca e tipo)	Targa	Costo
		Gratuito
		Spese istruttoria €15,00
		<b>Totale €15,00</b>

**Si allegano:**

- Fotocopia della carta di circolazione dei suddetti veicoli
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la qualifica di medico convenzionato con il SSN facenti parte della Asl Rm/G con pazienti assistiti residenti nella Ztl del Comune di Tivoli
- Ricevuta del pagamento previsto per il permesso e le spese di istruttoria da effettuarsi attraverso il sistema PagoPa, specificare nella casuale rilascio permesso ZTL e la targa del veicolo, per maggiori informazioni consultare il sito [www.comune.tivoli.rm.it](http://www.comune.tivoli.rm.it)

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile sul sito del Comune di Tivoli all'indirizzo [www.comune.tivoli.rm.it](http://www.comune.tivoli.rm.it) nella sezione Privacy e 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 consegnato in uno degli URP o inviato con email a [urp@comune.tivoli.rm.it](mailto:urp@comune.tivoli.rm.it) o con PEC a [info@pec.comune.tivoli.rm.it](mailto:info@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)

I/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.