

Marca da bollo  
€ 16,00

Comune di Tivoli  
Polizia Locale

**Oggetto: Richiesta di permesso transito e sosta Ztl H2 limitato a un veicolo - PRIMO RILASCIO - medici privati - infermieri**

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

in qualità di:  Medico (*indicare la specializzazione*) \_\_\_\_\_  Veterinario  Infermiere  Ostetrica

### RICHIEDE IL RILASCIO

del permesso di transito e sosta per la zona

ZTL 1 – “Centro Storico Medievale”

ZTL 3 – “Inversata Due Giugno”

per il seguente veicolo di proprietà:

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

#### Si allegano:

- Fotocopia della carta di circolazione dei suddetti veicoli;
- 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)
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante l'appartenenza alla categoria.

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)

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.