

# MEDICI

## Contrassegno Sosta Urgente

RICHIESTA DI RILASCIO/SOSTITUZIONE CONTRASSEGNO PER I MEDICI

ANNO:	
PERMESSO NUMERO:	
PROTOCOLLO NUMERO:	

(Spazio riservato all'ufficio)



Alla Polizia Locale di Borgomanero

IL SOTTOSCRITTO Medico convenzionato per la medicina generale con l'A.S.L. n. 13, Novara

COGNOME		NOME	
NATO A		IL (GG/MM/AAAA)	
TIPO DOCUMENTO		NUMERO	
RILASCIATO DA		IL (GG/MM/AAAA)	
DATA SCADENZA		@MAIL	
TELEFONO		CELLULARE	
<b>RESIDENTE IN</b>			
VIA		CIVICO	
		CAP	
COMUNE		PROVINCIA	

## CHIEDE

- IL RILASCIO** dell'Autorizzazione a derogare all'obbligo del divieto di sosta, di cui all'art. 7 del D.L.gs 30.04.1992 n. 285, per accertabili necessità relative a visite professionali domiciliari urgenti.

A tale fine allega:

- Fotocopia della carta di circolazione del veicolo per uso professionale;
- Dichiarazione dell'A.S.L. attestante il rapporto di convenzione;
- Copia documento d'identità;

- IL DUPLICATO** dell'Autorizzazione a derogare all'obbligo del divieto di sosta, di cui all'art. 7 del D.L.gs 30.04.1992 n. 285, per accertabili necessità relative a visite professionali domiciliari urgenti:

- PER SMARRIMENTO
- PER FURTO
- PER DETERIORAMENTO

A tale fine allega:

- Fotocopia della carta di circolazione del veicolo per uso professionale;
- Dichiarazione dell'A.S.L. attestante il rapporto di convenzione;
- Copia documento d'identità;
- Denuncia di furto del Contrassegno;
- Contrassegno deteriorato;
- Dichiarazione sostitutiva Smarrimento Contrassegno.

# DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità e consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni incorrerà nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000; consapevole, altresì, delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

- ✓ Che i dati e quanto sopra indicato corrispondono al vero;
- ✓ Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di
- ✓ Di essere in possesso di regolare certificato di specializzazione in
- ✓ Di accettare l'invio di comunicazioni tramite e-mail e cellulare;
- ✓ Di aver preso visione dell'informativa esibita e di autorizzare esplicitamente la Polizia Locale di Borgomanero al trattamento dei dati conferiti esclusivamente per gli scopi correlati alla presente richiesta, su base informatizzata e cartacea, quali archivi contenenti dati non sensibili, e ciò in base alla vigente normativa a tutela della riservatezza (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. - Regolamento UE n. 2016/679)

Firma

Borgomanero, li \_\_\_\_\_ richiedente/delegato \_\_\_\_\_

## **Nel caso di decadenza delle condizioni che hanno autorizzato il rilascio del CONTRASSEGNO MEDICI l'utente dovrà provvedere alla sua restituire**

### **Informativa sul trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/03:**

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d. Lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Borgomanero.

I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d. Lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' "SMARRIMENTO CONTRASSEGNO MEDICI"**

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, il sottoscritto dichiara di aver smarrito il Contrassegno Medici n.  rilasciato dal Comune di Borgomanero.

Con la presente il sottoscritto dichiara altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e di prestare il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati personali relativi a questa richiesta.

c Si allega copia fotostatica di documento d'identità valido (se non è sottoscritta davanti al dipendente addetto, inviare insieme alla Dichiarazione sottoscritta, una copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante).

Il Dichiarante

L'addetto dell'Ufficio procedente

.....

.....