

**NOTA BENE:**

1. I campi contraddistinti da \* sono obbligatori;
2. L'autorizzazione, qualora la domanda sia completa in ogni sua parte e la tariffa sia stata versata, viene rilasciata con decorrenza dalla data di presentazione al protocollo generale ovvero, qualora incompleta, a far data da quella di integrazione della domanda. L'autorizzazione, sia permanente che temporanea, non potrà in nessun caso essere precedente alla data di effettuazione del versamento della tariffa.

**Al Comando Polizia Locale  
Al Sig. Sindaco**

TRASMISSIONE A MEZZO:

- PEC protocollo.tropea@asmepec.it
  - raccomandata a.r. a:  
Comune di Tropea  
Largo Padre di Netta  
89861 Tropea (VV)
- protocollo generale

**OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL TRANSITO IN Z.T.L. – Categoria MC, Medici Chirurghi, Odontoiatri e medici Veterinari.**

Il/la sottoscritto/a\* \_\_\_\_\_ nato/a a\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_ residente a\* \_\_\_\_\_  
via/piazza\* \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel.\* \_\_\_\_\_ cell.\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ indirizzo e.mail / pec\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ intestatario documento tipo  
(patente/C.I./altro)\* \_\_\_\_\_ n.\* \_\_\_\_\_ rilasciato il\* \_\_\_\_\_ da\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ valido fino al\* \_\_\_\_\_, in

qualità di\*:

medico  Chirurgo,  Odontoiatra,  Veterinario, iscritto all'Albo Professionale della Provincia Vibo Valentia al numero \_\_\_\_\_, con ambulatorio all'interno del centro storico e, precisamente, in Via \_\_\_\_\_, presso l'unità abitativa contraddistinta presso il NCEU del Comune di Tropea al foglio\* \_\_\_\_\_, particella\* \_\_\_\_\_ sub\* \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di false dichiarazioni, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

**CHIEDE**

L'autorizzazione al transito nella ZTL, al fine di poter accedere al proprio studio professionale per il veicolo sotto indicato, tramite l'inserimento nella banca dati autorizzati.

**AUTOVETTURA**

Targa

Modello

--	--

**Ciclomotore / Motociclo**

Targa

Modello

--	--

Il dichiarante è soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi o esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 445/2000). Qualora dal controllo effettuato dall'amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000).

**Stampato n. 8 da utilizzare per: Per Medici Chirurghi, Odontoiatri e medici Veterinari, con ambulatorio nel centro storico (MC)**

**Informativa ai sensi del Reg. UE 679/2016 – Regolamento Europeo sulla Privacy o GDPR (General Data Protection Regulation) – i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento si riferisce e per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.**

Data \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

Allega:

- 1) Copia documento di identità;
- 2) copia carta di circolazione del veicolo.