

Al Comune di Busto Arsizio  
Comando Polizia Locale  
Ufficio Sicurezza Viabilistica e Trasporti

**DOMANDA PER IL RILASCIO DEL PERMESSO DI SOSTA  
PER MEDICI / ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA INFERMIERISTICA /  
PERSONALE A.S.A. IN VISITA DOMICILIARE**

Il/La sottoscritto/a nome: \_\_\_\_\_ cognome: \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel.-cell. \_\_\_\_\_ – e-mail \_\_\_\_\_  
trovandosi in una delle condizioni previste dalla deliberazione di G.C. n. 379 del 14/12/2020

**CHIEDE**

il rilascio dello specifico permesso di sosta utilizzabile durante lo svolgimento delle proprie funzioni in visita domiciliare, consapevole che la sosta del veicolo non potrà comunque avvenire ove gige un divieto ex artt. 7- 157 e 158 del C.d.S..

Consapevole inoltre delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

- di essere medico di base iscritto negli elenchi unici dell'A.T.S. Insubria Lombardia distretto di Busto Arsizio con ambulatorio sito in via \_\_\_\_\_;
- di esercitare la propria professione presso \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ su incarico di \_\_\_\_\_
- che i veicoli utilizzati sono i seguenti:

TARGA VEICOLO \_\_\_\_\_ MARCA \_\_\_\_\_

TARGA VEICOLO \_\_\_\_\_ MARCA \_\_\_\_\_

Allega

- copia della carta di circolazione
- (altro) \_\_\_\_\_

Busto Arsizio, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 2016/679 e all'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e s.m.i , che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Busto Arsizio, .....

Firma