

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