

RICHIESTA DI PERMESSO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DI PERSONE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Via/piazza		Numero civico
Comune	Provincia	CAP
Codice fiscale	Cittadinanza	
Numero di telefono fisso	Numero di telefono mobile	
Indirizzo email	Indirizzo PEC	
Professione svolta	Luogo di lavoro	

RICHIESTA

Chiedo il rilascio dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsto per le persone che svolgono professioni sanitarie riconosciute dallo Stato italiano e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Richiesta
☐ Nuovo contrassegno ☐ Rinnovo ☐ Smarrimento/furto

DICHIARAZIONI

- ☐ A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo

decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro la sussistenza degli elementi oggettivi che giustificano la presente richiesta.

EVENTUALI NOTE

--

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- ☐ I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito internet del Comune, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Il richiedente

_____, ____/____/____

DA ALLEGARE:

- Fotografia in formato tessera.
- In caso di smarrimento o furto, allegare la denuncia di smarrimento o furto.