

	Amministrazione destinataria Comune di Comacchio Ufficio destinatario Ufficio polizia municipale	
---	---	--

Domanda di rilascio del permesso di tipo MV per l'espletamento del servizio dei medici di base per visite al domicilio dei pazienti in ZTL

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia					
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia		Numero iscrizione				

CHIEDE

il rilascio del contrassegno di tipo MV per l'espletamento del servizio dei medici di base per le visite al domicilio di pazienti in ZTL per il veicolo targato

Targa veicolo		
intestato a		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	carta di circolazione del veicolo
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della patente di guida
<input checked="" type="checkbox"/>	autocertificazione che attestante la professione di medico di base esercitata e la necessità di visitare pazienti residenti all'interno della ZTL
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Comacchio

Luogo

Data

Il dichiarante