

Oggetto: Richiesta di rinnovo permesso transito e sosta Ztl H1 limitato a un veicolo - RINNOVO - medici di base

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
email _____

in qualità di **medico di base** esercente l'attività in forma convenzionata con la locale Asl Rm/G

RICHIEDE IL RINNOVO

del permesso di transito e sosta per la zona:

- ZTL 1 – “Centro Storico Medievale”
 ZTL 2 – “Colsereno Sant’Anna” ZTL 3 – “Inversata Due Giugno”

per il seguente veicolo di proprietà:

Veicolo (marca e tipo)	Targa	Costo
_____	_____	Gratuito
	Spese istruttoria	€15,00
	Totale	€15,00

Si allega:

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che nulla è cambiato o variato, ad oggi, rispetto a quanto già comunicato nella prima istanza.
- Ricevuta del pagamento previsto per il permesso e le spese di istruttoria mediante c/c postale n° 51056000 intestato al comune di Tivoli - Servizio Tesoreria specificando nella causale rinnovo permesso ZTL e la targa del veicolo, o pagamento con Bonifico Bancario IBAN: IT42T0760103200000051056000 indicando nella causale rinnovo permesso ZTL e la targa del veicolo.

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile sul sito del Comune di Tivoli all'indirizzo www.comune.tivoli.rm.it nella sezione Privacy e Responsabile della Protezione dei dati, resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

N.B. Il modulo va debitamente compilato e consegnato presso l'ufficio permessi della Polizia Locale in via Monte Vescovo 2, tramite email all'indirizzo: poliziamunicipale@comune.tivoli.rm.it o con pec all'indirizzo: ufficio.comando@pec.comune.tivoli.rm.it

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Data consegna _____

Firma per accettazione _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.p.r 28 dicembre 2000, n. 455)

I/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in _____ n. _____ CAP _____
domiciliato/a a _____ in _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ C.F. _____
email _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445.

DICHIARA

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data

Firma

N.B. Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.