

**Oggetto: Richiesta di rinnovo permesso transito e sosta Ztl H2 limitato a un veicolo - RINNOVO - medici privati - infermieri**

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

in qualità di:  Medico (*indicare la specializzazione*) \_\_\_\_\_  Veterinario  Infermiere  Ostetrica

**RICHIEDE IL RINNOVO**

del permesso di transito e sosta per la zona

- ZTL 1 - "Centro Storico Medievale"  
 ZTL 3 - "Inversata Due Giugno"

per il seguente veicolo di proprietà:

Veicolo (marca e tipo)	Targa	Costo
_____	_____	_____
	<b>Spese istruttoria</b>	<b>€15,00</b>
	<b>Totale</b>	_____

**Si allega:**

- Ricevuta del pagamento previsto per il permesso e le spese di istruttoria da effettuarsi attraverso il sistema PagoPa, specificare nella casuale rinnovo permesso ZTL e la targa del veicolo, per maggiori informazioni consultare il sito [www.comune.tivoli.rm.it](http://www.comune.tivoli.rm.it)
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che nulla è cambiato o variato, ad oggi, rispetto a quanto già comunicato nella prima istanza.

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](http://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](mailto:poliziamunicipale@comune.tivoli.rm.it) o con pec all'indirizzo: [ufficio.comando@pec.comune.tivoli.rm.it](mailto: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.