



COMUNE DI SCIACCA

COMANDO POLIZIA MUNICIPALE

Piazza Noceto n. 92019 SCIACCA

Sezione Viabilità – Traffico -

Segnaletica Tel. 0925/28957

e-mail: ztl@comunedisciacca.it

pec: poliziamunicipale@comunedisciacca.telecompost.it

COMUNICAZIONE TARGA VEICOLO UTILIZZATO DA GUARDIA MEDICA E/O MEDICO FISCALE

Il sottoscritto Sig./ra _____ nato il _____

a _____ () residente a _____ ()

in via _____ n. _____ tel. _____

iscritto all'albo dei medici di _____ al n° _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

DICHIARA CHE

Il giorno _____ alle ore _____ si è immesso in Z.T.L./A.P.U. con il

veicolo TARGATO _____ marca _____

di proprietà del Sig./ra _____ residente a

_____ per effettuare visite mediche domiciliari urgenti.

Allegati:

- copia documento identità del dichiarante
- copia documento identità del proprietario del veicolo se diverso dal dichiarante

SCIACCA _____

Firma _____

La presente deve essere consegnata direttamente alla Polizia Municipale **ENTRO 48 ORE dall'immissione in zona a traffico limitato** – Piazza G. Noceto 9 - dal lunedì al sabato con orario 9-12 e 15,30-18,30 oppure, in alternativa:

e-mail: ztl@comunedisciacca.it

pec: poliziamunicipale@comunedisciacca.telecompost.it

compilare il modulo in tutte le sue parti. Diversamente non si procederà all'inserimento delle targhe

IL SOTTOSCRITTO, PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA RESA DAL COMUNE DI SCIACCA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO U.E. 2016/679, DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL COMUNE DI SCIACCA PUO' UTILIZZARE I DATI CONTENUTI NEL PRESENTE MODULO ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER I FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE