

MODELLO Farmacie			<b>Richiesta d'inserimento nell'elenco dei veicoli autorizzati al transito nelle ZTL controllate da varchi elettronici</b> <b>DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI</b> <small>(artt. 45 e 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)</small>				 <b>Comune di Sciacca</b>	
ZONA ZTL								
A	B	C						
				FARMACIA		ATTIVITA'		
Modalità di consegna: inviare all'indirizzo e-mail: <a href="mailto:ztl@comunedisciacca.it">ztl@comunedisciacca.it</a> pec: <a href="mailto:poliziamunicipale@comune.sciacca.telecompost.it">poliziamunicipale@comune.sciacca.telecompost.it</a>						PROT.N°  DATA E ORA:		

**DATI RICHIEDENTE**

Il Sottoscritto		Residente in Via	
Nato a / il		Telefono	

**DICHIARA**

In qualità di titolare	altro	della farmacia	
Di svolgere attività interna alla ZTL di Sciacca alla via			N°
Indicare il numero di pagine inviate		n.	
Telefono	Fax	e-mail	

**Targhe autorizzate e orario di vendita**

1	16
2	17
3	18
4	19
5	20
6	21
7	22
8	23
9	24
10	25
11	26
12	27
13	28
14	29
15	30

**IL PRESENTE MODELLO POTRA' ESSERE ADATTATO O MODIFICATO A SUCCESSIVE ESIGENZE.**

La presente deve essere consegnata direttamente alla Polizia Municipale **ENTRO 48 ORE dall'immissione in zona a traffico limitato** tramite e-mail: [ztl@comunedisciacca.it](mailto:ztl@comunedisciacca.it) o pec: [poliziamunicipale@comunedisciacca.telecompost.it](mailto:poliziamunicipale@comunedisciacca.telecompost.it)

Nel caso di mendaci dichiarazioni e falsità si applicano le sanzioni penali ai sensi dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000. Si autorizza al trattamento dei dati personali nel rispetto del DLgs n. 196/03 e all'inserimento della targa comunicata nella lista dei veicoli autorizzati all'accesso nella Zona a Traffico Limitato Centro Antico.

Sciacca	Data	Firma e Timbro	
---------	------	----------------	--