

RICHIESTA CONTRASSEGNO DI SOSTA NELLE AREE PER RESIDENTI E TRANSITO IN TUTTE LE ZTL RISERVATO AI MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI CHE SVOLGONO L'ATTIVITÀ IN MODO PREPONDERANTE E CONTINUATIVO ATTRAVERSO CURE ASSISTENZIALI PRESSO IL DOMICILIO DEI PROPRI ASSISTITI

- Permesso rosso/giallo sosta e transito € 120
 Permesso blu/giallo solo transito € 10

1) DATI PERSONALI

COGNOME		NOME	
Nato a		Il	
Residente a		Via e n°	
Domiciliato a		Via e n°	
Codice Fiscale		Patente Tipo	N° Scad.
Documento (*)	Tipo e n°	Rilasciato da	
email		Telefono/cellulare	

- Medico chirurgo libero professionista
 Odontoiatra libero professionista
 Medico Veterinario libero professionista

Dichiara di essere iscritto all'Albo dell'Ordine _____
della Provincia di _____ n. _____

2) DATI DEL VEICOLO DA INSERIRE (di massa complessiva non superiore a 3,5t.)

	Veicolo	Targa	Transito dal giorno
1			
2			

3) DATI DEL VEICOLO DA ELIMINARE

	Veicolo	Targa	Ultimo giorno di transito in ZTL
1			
2			

DICHIARO

Di utilizzare il veicolo nell'espletamento delle mie mansioni nel territorio di Bergamo e che l'attività si svolge in modo preponderante e continuativo attraverso cure assistenziali presso il domicilio dei miei assistiti.

Allegare fotocopia dei seguenti documenti:

- Carta d'identità
- Codice Fiscale
- Carta di circolazione (solo in caso di auto non di proprietà, allegare, assieme alla carta di circolazione, la dichiarazione di comodato d'uso, sottoscritta dal proprietario, attestante l'uso esclusivo per coloro che utilizzano il veicolo della ditta, come dipendente o socio, oppure di altra persona con rapporto di parentela fino al II° grado o iscritta nello stesso stato famiglia).

Il/la sottoscritto/a, è consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni e consapevole altresì della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 76 e 75 del D.P.R. 445/2000).

Bergamo, _____

Firma _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto in data ___ / ___ / ___ il CONTRASSEGNO PROVVISORIO n. _____ **e di averne verificato la correttezza dei dati riportati** (zona di sosta, varchi ZTL, targhe e data).

Firma _____

Informazioni sul trattamento dei dati personali – art.13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

La informiamo che i dati che ci ha rilasciato, compilando e consegnando questo modulo, saranno trattati in contitolarità da ATB Mobilità S.p.A. e dal Comune di Bergamo, esclusivamente con lo scopo di fornirle il servizio richiesto.



Per ulteriori e più dettagliate informazioni la invitiamo a visitare il portale del Gruppo ATB all'indirizzo www.atb.bergamo.it/it/gruppo-atb/privacy oppure ad utilizzare il QR CODE riportato qui a sinistra.

L'informativa completa è disponibile anche presso la sede ATB di via Gleno, 13 – BERGAMO.