



Comune di Ravenna

SA

Il/La sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. Cellulare _____ tel. fisso _____ E-Mail _____

codice fiscale: _____

in qualità di:

☐ esercente la **professione medica** (Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale):

☐ con ambulatorio sito all'interno della ZTL o AP in via _____

(consente la circolazione in ZTL o AP e la sosta senza limite di tempo solo nella ZTL limitatamente alle giornate di apertura dell'ambulatorio);

☐ con ambulatorio sito all'esterno della ZTL/AP in via _____

(consente la circolazione in ZTL al fine di effettuare visite al domicilio dei pazienti con la possibilità di sostare in ZTL per un massimo di 90 minuti – indicata con disco orario -).

☐ **erogatore di servizio di assistenza alla persona** (consente la circolazione in ZTL e AP senza limiti di orario e di giornata purchè in connessione alla erogazione delle prestazioni sanitarie; all'interno della AP è ammessa la sola fermata qualificata ed è vietata la sosta):

☐ *caregiver* familiari di cui alla L.R. 28.03.2014 n. 2 recante "*Norne per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare*", esplicitamente nel PAI e riconosciuti dal Comune di Ravenna – *U.O. Coordinamento Pianificazione Socio Sanitaria*, purchè l'assistito sia residente o domiciliato all'interno della ZTL o AP;

☐ ditte fornitrici di apparecchiature e dispositivi sanitari;

☐ amministratori di sostegno per visita al domicilio dell'amministrato, residente o domiciliato all'interno della ZTL o AP;

☐ gestori di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari (case famiglia, comunità alloggio, ecc.), ubicati all'interno della ZTL o AP.



Comune di Ravenna



CHIEDE

per il veicolo targato: _____

di proprietà o in uso esclusivo a: _____

Partita iva: _____

il rilascio del contrassegno tipo SA per medici e servizi assistenziali in ZTL e AP.

Si allega la seguente documentazione:

- ☐ copia della carta di circolazione del veicolo sopra indicato;
- ☐ copia della propria carta d'identità.

Data _____

Firma richiedente _____

L'Amministrazione Comunale, per quanto sopra dichiarato, si riserva di effettuare controlli. In caso di comprovata dichiarazione mendace il dichiarante sarà ritenuto penalmente responsabile per quanto dichiarato e sottoscritto.

I dati personali sopra riportati, saranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e per le attività interne previste e consentite dalle normative vigenti, previo consenso sottoscritto dell'interessato.

In caso di rifiuto alla prestazione del consenso non ci sarà possibile erogarle i servizi richiesti.

- X Acconsento il trattamento dei dati personali
- ☐ Non acconsento il trattamento dei dati personali

Firma richiedente _____