

Marca da bollo 16,00 Euro
------------------------------

AL COMUNE DI RIMINI  
 Direzione Generale  
 Settore Mobilità  
 Ufficio permessi  
 Via Rosaspina, 21 - 47923 RIMINI  
 tel.: 0541 704585 - fax: 0541 704575  
 email: centro@comune.rimini.it  
 pec: dipartimento3@pec.comune.rimini.it

**OGGETTO: richiesta permesso di transito in A.P. / Z.T.L.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

valendosi della disposizione di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA(\*)**

(\*) la compilazione dei campi 1) e 2) è obbligatoria per tutti. I restanti campi comprendono le tipologie di attività indicate nell'art. 2 commi 1-2-3-4 / art.3 commi 10 -12 / art.6 comma 7 dell'allegato B della Delibera di G.C. n. 411 del 07/12/2021.

**1) relativamente all'attività svolta**

di Svolgere l'attività	
Codice Fiscale	PARTITA IVA
di avere sede in	Via

**2) relativamente al veicolo per il quale si chiede il permesso: (Compilare la riga A o B)**

<b>A</b>	<input type="checkbox"/> che il permesso di circolazione è richiesto per il seguente veicolo:				
	<b>MARCA</b>	<b>TIPO</b>	<b>TARGA</b>	<b>MASSA COMPLESSIVA</b>	<b>TITOLO POSSESSO</b>
<b>B</b>	allego <input type="checkbox"/> fotocopia della carta di circolazione	<input type="checkbox"/> certificato provvisorio di circolazione			

**Art. 2 commi 2 - 3 - 4**

(Compilare la riga A ovvero B)

<b>A</b>	<input type="checkbox"/> di svolgere l'attività di operatore sanitario o socio-assistenziale di pronta reperibilità;
<b>B</b>	<input type="checkbox"/> allego dichiarazione in tal senso rilasciato da (*) _____ (*) riportare la denominazione dell'Ente di appartenenza

**Art. 3 comma 10**

(Compilare la riga A ovvero B)

<b>A</b>	<input type="checkbox"/> Di essere iscritto all'Ordine dei Giornalisti; data di iscrizione _____ numero di iscrizione _____
<b>B</b>	<input type="checkbox"/> allego dichiarazione dalla quale risulta l'attività svolta rilasciata dalla testata giornalistica, televisiva, radiofonica, ecc. di appartenenza, in quanto l'attività svolta non necessita di iscrizione all'ordine.

**Art. 6 comma 7**

(Compilare la riga A ovvero B)

<b>A</b>	<input type="checkbox"/> di utilizzare il veicolo privato per lo svolgimento del servizio d'istituto, in carenza di veicoli di servizio dell'Ente di appartenenza che è (*) _____ (*) riportare la denominazione dell'Ente di appartenenza
<b>B</b>	<input type="checkbox"/> allego dichiarazione in tal senso rilasciato da: (*) _____ (*) riportare la denominazione dell'Ente di appartenenza

**SEGUE SUL RETRO**

<b>Art. 2 comma 1</b>		<b>(Compilare la riga A ovvero B)</b>
<b>A</b>	<input type="checkbox"/> Che il proprio figlio _____ è iscritto all'asilo indicato a lato, con sede in Area Pedonale o Zona a Traffico Limitato	
	<input type="checkbox"/> Allego dichiarazione in tal senso rilasciata dalla direzione dell'asilo.	

<b>Art. 3 comma 12</b>		<b>(Compilare la riga A ovvero B)</b>
<b>A</b>	<input type="checkbox"/> medico privato convenzionato con S.S.N. (medici di medicina generale con pazienti in Area Pedonale ovvero in Zona Traffico Limitato), pediatri di libera scelta, per visite domiciliari.	
	<input type="checkbox"/> allego Iscrizione Ordine dei <b>Medici</b>	

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Settore Infrastrutture, Mobilità e Qualità Ambientale - Ufficio Permessi ogni futura variazione della presente dichiarazione;

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione per circolare nella Area Pedonale / Zona a Traffico Limitato, nel rispetto della segnaletica stradale esistente e secondo le modalità indicate nella Delibera di G.C. n. 411 del 07/12/2021 con il veicolo sopra indicato.

Rimini, li \_\_\_\_\_

Il/La richiedente (firma leggibile)

L'autenticità della firma è garantita con le seguenti modalità:

1° caso (presentazione diretta)	2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)
Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla. Modalità di identificazione: _____	Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento: Tipo(*) _____ n. _____
_____	(*) Passaporto, carta d'identità, patente, ecc.
Data _____	rilasciato da _____ in data _____ in corso di validità.
IL DIPENDENTE ADDETTO	FIRMA DEL DICHIARANTE
_____	_____

Il/La sottoscritto/a ai sensi di Legge, presta il proprio consenso al Comune di Rimini al trattamento dei dati personali sopra riportati, esclusivamente ai fini della presente comunicazione.

Rimini, li \_\_\_\_\_

Il/La richiedente (firma leggibile)