



AL COMUNE DI RIMINI
 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 _____ residente a _____ Via _____ nr _____
 telefono _____ Email/Pec _____

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

Art. 2 commi 2 - 3 - 4		(Compilare la riga A ovvero B)
A	<input type="checkbox"/> di svolgere l'attività di operatore sanitario o socio-assistenziale di pronta reperibilità;	
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)
A	<input type="checkbox"/> Di essere iscritto all'Ordine dei Giornalisti; data di iscrizione _____ numero di iscrizione _____	
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)
A	<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	<input type="checkbox"/> allego dichiarazione in tal senso rilasciato da: (*) _____ (*) riportare la denominazione dell'Ente di appartenenza	

SEGUE SUL RETRO

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

Art. 3 comma 12	(Compilare la riga A ovvero B)
A <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.	
B <input type="checkbox"/> allego Iscrizione Ordine dei Medici	

Art. 3 comma 14	(Compilare la riga A ovvero B)
A <input type="checkbox"/> Gestore di struttura ricettiva Ragione Sociale _____	
B <input type="checkbox"/> Gestore di stabilimento balneare Bagno n. _____	

- 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:

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

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)