



AL COMUNE DI RIMINI
Settore Mobilità
Ufficio permessi
Via Rosaspina, 21 - 47923 RIMINI
tel.: 0541 704579- fax: 0541 704598
email: centro@comune.rimini.it
pec: dipartimento3@pec.comune.rimini.it

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO GESTIONE ACCESSI AMBULATORI MEDICI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente in _____ Via _____ nr. _____ Cap. _____

Codice Fiscale/Partita IVA _____ Tel/Cell. _____

Email/Pec _____

☐ Iscrizione all'Ordine dei Medici n. _____ del _____

☐ Iscrizione Albo delle Professioni Sanitarie Tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, DM della salute del 13/03/2018 n. _____ del _____

in qualità di operatore sanitario iscritto al Servizio Sanitario Nazionale dello Studio Medico denominato:

-

con sede in _____ Via _____ N. _____

Con riferimento a quanto previsto dalla Delibera di G.C. 56 del 21-2-2023 ai fini dell'attivazione e gestione dei permessi di accesso nella zona ZTL PARCO DEL MARE NORD,

Consapevole della decadenza dai benefici di cui all'art. 75 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

CHE LO STUDIO MEDICO DENOMINATO _____
DISPONE DI N. _____ AMBULATORI.

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente al Settore Mobilità - Ufficio Permessi ogni futura variazione della presente dichiarazione.

Rimini, lì _____

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: - - Data _____ IL DIPENDENTE ADDETTO	Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento: Tipo(*) _____ n. _____ (*) Passaporto, carta d'identità, patente, ecc. rilasciato da _____ in data _____ in corso di validità. Data _____ FIRMA DEL DICHIARANTE

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

Rimini, lì _____

Il/la richiedente (firma leggibile)
