

# Richiesta di permesso di accesso in Z.T.L. Comune di Arezzo

Spett.le Ordine dei Medici Chirurghi  
e Odontoiatri di Arezzo  
Viale Giotto n° 134  
52100 Arezzo  
Da inviare all'indirizzo mail: [chirurghi@omceoar.it](mailto:chirurghi@omceoar.it)

La/il Sottoscritta/o

Cognome

Nome Codice

fiscale

ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

di essere iscritta/o all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di

Albo Medici Chirurghi n°

di essere Medico di Medicina Generale o della continuità Assistenziale/Pediatra di libera scelta convenzionato

di essere Medico Specialista convenzionato che effettua prestazioni domiciliari

e di avere, per motivi di servizio, necessità di ingresso non programmabili in Zona a Traffico Limitato del Comune di Arezzo. Chiedo dunque l'inserimento della seguente targa:

**TARGA AUTO  
TARGA MOTOCICLO**

**EVENTUALE TARGA DA CESSARE**

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n° 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti connessi al procedimento per i quali sono richiesti.

Firma \_\_\_\_\_

Esente da imposto di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR n° 445/2000

Allegare Copia del Documento d'Identità