



OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MEDICI

Prima richiesta

Rinnovo permesso n. _____

Duplicato permesso n. _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ C.F. _____
e residente in _____ via/piazza _____ n. _____
cap. _____ tel./cell. _____ e-mail _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni civili e penali stabilite dalla legge per attestazioni o di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art.46 e 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

in qualità di proprietario/a del veicolo di utilizzatore in uso esclusivo di veicolo intestato a terzi con nominativo registrato nella carta di circolazione presso gli uffici della Motorizzazione se non appartenente al nucleo familiare (in questo caso allegare dichiarazione uso esclusivo).

marca e modello _____ targa _____

il rilascio del contrassegno di circolazione nella ZONA A TRAFFICO LIMITATO in quanto effettuate assistenza domiciliare esercitando la propria professione nella sanità pubblica.

DICHIARA INOLTRE

che circolerà all'interno delle ZTL limitatamente alle esigenze di spostamento connesse all'assistenza domiciliare stessa.

Venezia, _____
(firma del richiedente)

Il sottoscritto Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, dichiara che il richiedente effettuate assistenza domiciliare esercita la propria professione nella sanità pubblica.

*Il presidente
(timbro e firma)*

Allega:

- fotocopia documento di identità in corso di validità.
- fotocopia integrale (fronte e retro) della carta di circolazione del veicolo da autorizzare.
- dichiarazione del proprietario del veicolo qualora il veicolo sia concesso in uso esclusivo al dichiarante da appartenente al nucleo familiare o concessione uso esclusivo auto aziendali

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Venezia, _____

(Firma per il consenso)

La presente richiesta non autorizza in alcun modo il richiedente ad esercitare le facoltà previste dal rilascio dell'autorizzazione.

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Venezia, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine.

Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 pubblicata nell'apposita sezione del sito istituzionale dell'Ordine (**link al PDF dell'informativa estesa**)