

Contr. N. \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_

**OPERATORE**



## MEDICO IN VISITA

**MARCA  
DA BOLLO**



**COMUNE DI PAVIA**  
Servizio Mobilità

**OGGETTO:** Richiesta autorizzazione di circolazione e sosta nelle Zone a Traffico Limitato del Centro Storico ed a sosta regolamentata.

Il sottoscritto ..... nato il .....

a..... Prov. .... Codice Fiscale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
(obbligatorio)

e-mail ..... Tel. N. .... Cell. N. ....

residente a ..... in Via ..... Cap. ....

al fine dell'ottenimento del contrassegno di competenza:

### COMUNICA

i dati relativi al proprio :  AUTOVEICOLO  
 MOTOVEICOLO

**TIPO** \_\_\_\_\_ **TARGA**

**TIPO** \_\_\_\_\_ **TARGA**

## D I C H I A R A

### di essere:

- medico di base o pediatra convenzionato al S.S.N.
- medico del Servizio di continuità assistenziale

### di disporre del veicolo sopracitato:

- in proprietà
- in concessione d'uso esclusivo e continuativo ( vedi retro ) (\*) intestato a : .....

(\*) (in tal caso dovranno essere allegate dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR N. 445 del 28/12/2000 sia del richiedente che del proprietario del veicolo)

Data .....

Firma

.....

**Il sottoscritto dichiara inoltre:**

- che i dati forniti sono veritieri;
- di impegnarsi a presentare documentazione integrativa della presente qualora richiesta.
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione sui dati forniti;
- di provvedere all'immediata restituzione del contrassegno qualora cessino i presupposti della titolarità.
- Di provvedere, in caso di furto o smarrimento del contrassegno, ad effettuare denuncia presso gli organi di Polizia competenti in materia.
- Di essere consapevole che, qualora non ottemperasse a quanto sopra citato, incorrerebbe nelle sanzioni amministrative e penali previste dalla Legge.

Data .....

Firma

.....

**Documentazione da presentare**

- Domanda
- Copia carta di circolazione Copia iscrizione all'Ordine

Per auto in uso esclusivo e continuativo dovranno inoltre essere presentati:

- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 DPR 445 del 28.12.2000) del richiedente attestante la disponibilità in uso esclusivo e continuativo dell'autovettura
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 DPR 445 del 28.12.2000) del proprietario del veicolo attestante la concessione di uso esclusivo e continuativo ed il grado di parentela.
- Nel caso di veicolo di proprietà di Ditte o Società: dichiarazione su carta intestata della Ditta attestante l'assegnazione del veicolo in uso esclusivo e continuativo e il rapporto di collaborazione o dipendenza esistente.

## Medico in Visita

I medici di base e i pediatri convenzionati al S.S.N. e i medici del Servizio di continuità assistenziale possono richiedere un contrassegno di circolazione e sosta di 60' (con esposizione disco orario) negli appositi spazi di sosta per le visite domiciliari nella ZTL.

Durata: annuale

**auto in uso esclusivo e continuativo**

Il contrassegno può essere rilasciato per veicoli concessi in uso esclusivo e continuativo solo da parente di 1° grado se il proprietario risiede nell'ambito dello stesso Comune; fino al 2° grado di parentela se il proprietario risiede fuori dal Comune ma nell'ambito della stessa Provincia; fino al 3° grado di parentela se il proprietario risiede fuori dalla Provincia di residenza del richiedente il contrassegno

Il contrassegno può essere altresì rilasciato per veicoli concessi in uso esclusivo e continuativo da Ditte o imprese solo se esiste un rapporto di dipendenza o di collaborazione, certificabile, con il proprietario del mezzo.