



COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

Regione Toscana

Provincia di Livorno

AREA DI VIGILANZA

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE VARCO ACCESSO ZTL

Lungomare Mibelli Via Pietri Via del Vapelo Traversa Via Fattori

TIPOLOGIA **H** medico in servizio domiciliare

COGNOME _____, NOME _____,
NAT. IL _____ A _____ PROV. _____ RESIDENTE
IN _____ n° _____ TEL _____
E-MAIL _____; C.F. _____
IN SERVIZIO PRESSO _____;

1.VEICOLO TIPO AUTOVEICOLO, AUTOCARRO, MOTOCICLO, CICLOMOTORE
TARGA _____, MARCA _____ MODELLO _____;
VEICOLO TIPO AUTOVEICOLO, AUTOCARRO, MOTOCICLO, CICLOMOTORE

2.VEICOLO TIPO AUTOVEICOLO, AUTOCARRO, MOTOCICLO, CICLOMOTORE
TARGA _____, MARCA _____ MODELLO _____;
VEICOLO TIPO AUTOVEICOLO, AUTOCARRO, MOTOCICLO, CICLOMOTORE

Sbarrare solo una casella per l'accesso al varco.

Il presente documento deve essere compilato in stampatello corretto e leggibile in tutte le sue parti.

Il sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara che le notizie contenute nel presente modulo sono vere. Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personale e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 dello stesso decreto. Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto dichiarato.
Data _____

FIRMA

Allega documento d'identità.

DELEGA AL RITIRO IL SIG. _____