

mobilità

ROMA



1. Operatori Sanitari in pronta disponibilità
2. Medici convenzionati SSN con studio in ZTL
3. Medici convenzionati SSN con studio fuori ZTL



ZTL

**DATI ANAGRAFICI**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ SCALA \_\_\_\_\_ PIANO \_\_\_\_\_ INT. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX/CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

DOCUMENTO D'IDENTITÀ \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ DATA DEL RILASCIO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DATI SOCIETARI**IN QUALITÀ DI  OPERATORE SANITARIO  MEDICO  LEGALE RAPPRESENTANTE (richiesta per attività di trasporto)

RAGIONE SOCIALE RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

SEDE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ SCALA \_\_\_\_\_ PIANO \_\_\_\_\_ INT. \_\_\_\_\_

SEDE NELLA ZTL (eventuale) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX/CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC\* \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO DI UN PERMESSO PER L'ACCESSO ALLA ZTL DI VALIDITA' ANNUALE (12 MESI)****PER IL VEICOLO TARGATO**

(Scegliere una delle opzioni)

- DI PROPRIETÀ DELLA SOCIETÀ / ESERCIZIO COMMERCIALE / ENTE
- DI PROPRIETÀ DEL SOTTOSCRITTO
- IN COMODATO D'USO DA CONIUGE, PARENTE DI 1° GRADO O DI ALTRO SOGGETTO INSERITO NEL PROPRIO STATO DI FAMIGLIA
- Coniuge  Padre  Madre  Figlio/a  Fratello  Sorella  Altro soggetto

Deve essere comunque prodotta in originale una dichiarazione attestante il comodato d'uso e copia del documento di identità del comodante

- IN COMODATO D'USO CON UNA SOCIETÀ CON LA QUALE SI INTRATTIENE UN RAPPORTO GIURIDICO
- (Scegliere una delle opzioni)

- Rappresentante legale  Amministratore  Socio  Dipendente

Deve essere comunque prodotta in originale una dichiarazione attestante il comodato d'uso e copia del documento di identità del comodante

NOLEGGIO O LEASING, CON CONTRATTO INTESTATO DIRETTAMENTE AL RICHIEDENTE

Contratto N. \_\_\_\_\_

Contratto sottoscritto il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Scadenza del contratto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SE IL PROPRIETARIO DEL VEICOLO E' PERSONA DIFFERENTE DAL RICHIEDENTE DEL PERMESSO, COMPILARE QUESTA SEZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di proprietario del veicolo ovvero di Legale Rappresentante della società proprietaria/noleggiatrice/locataria dello stesso, dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (Reg Eu 2016\679) presente sul portale di Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. ([www.romamobilita.it](http://www.romamobilita.it))

Roma, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE NON AUTOCERTIFICABILE E CHE DEVE ESSERE PRODOTTA E CONSEGNATA**

**(1)**

- dichiarazione su carta intestata dell'attività svolta, del personale medico e paramedico che svolge il servizio di assistenza domiciliare e della necessità di recarsi in ZTL per raggiungere i pazienti, e/o per il trasporto di persone con disabilità
- copia dello statuto societario

**(2)**

- dichiarazione sostitutiva, ovvero copia del contratto di locazione o atto di proprietà dell'unità immobiliare adibita a studio medico
- certificazione attestante la convenzione dello studio medico del richiedente con la ASL

**(3)**

- dichiarazione di avere assistiti residenti all'interno della ZTL
- certificazione attestante la convenzione dello studio medico del richiedente con la ASL

**(1, 2 e 3)**

- in caso di richiesta di autorizzazione per un autocarro, occorre produrre documentazione attestante la regolarità contributiva rilasciata in data prossima a quella di presentazione dell'istanza (copia del DURC – Documento Unico di Regolarità Contributiva)
- copia del documento d'identità valido del richiedente e del soggetto proprietario del veicolo, se persona differente (in caso il proprietario/noleggiatore/locatario del veicolo sia un soggetto giuridico, copia del documento del Legale Rappresentante)

NUMERO CONTRASSEGNO DI CUI SI ERA PRECEDENTEMENTE TITOLARI (indicare sempre) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare immediatamente a Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato.

Roma, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (Reg Eu 2016\679) presente sul portale di Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. ([www.romamobilita.it](http://www.romamobilita.it))

Roma, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_