**CODICE DELLA STRADA**

# N° 2 MARCHE DA BOLLO

 EURO 16,00

# N° 2 MARCHE DA BOLLO

# € 16,00

**PROCEDIMENTO N° 7**

**Modulo permesso di sosta per esercenti professione sanitaria**

**Al Comune di Guardiagrele**

**III Settore – Comando Polizia Municipale**

**66016 GUARDIAGRELE CH**

Oggetto: DOMANDA DI PERMESSO DI SOSTA PER ESERCENTI LA PROFESSIONE

 SANITARIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A norma delle vigenti disposizioni di legge e di regolamento

**CHIEDE**

il permesso di sosta per esercenti la professione sanitaria ai sensi dell’art. 7 del Codice della strada

per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il seguente motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veicolo interessato targa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_modello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di proprietà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veicolo interessato targa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_modello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di proprietà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000. a tal fine,

**DICHIARA**

di essere O medico di base

 O medico di medicina generale

 O pediatra di libera scelta convenzionati con ASL

 O altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega: n° 2 marche da bollo

Fotocopia firmata documento di identificazione / riconoscimento

Fotocopia carta di circolazione del / i sopra elencati veicolo / i

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ addì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_