

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

(artt. 45 e 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o _____		
Nata/o a _____	Prov. _____	il _____
Codice fiscale _____		
Residente a _____		Prov. _____
Via/piazza _____		

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

- di appartenere alla seguente categoria categoria, con pazienti residenti nel perimetro della ZTL Centro Antico:
  - [ ] medici di Famiglia;
  - [ ] pediatri di libera scelta;
  - [ ] medici di Medicina Generale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);
- che l'ASL di appartenenza è \_\_\_\_\_;
- il veicolo per il quale si chiede il contrassegno è il seguente:
  - marca \_\_\_\_\_;
  - targa \_\_\_\_\_;
  - cilindrata \_\_\_\_\_ potenza \_\_\_\_\_;
  - di proprietà di \_\_\_\_\_.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (*per esteso e leggibile*) \_\_\_\_\_