

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail. \_\_\_\_\_

## CHIEDE IL RILASCIO DEL SEGUENTE PASS

(Dichiarazione ex artt 47/75/76 D.P.R. n. 445/2000)

### ASSISTENZA

Per prestare servizio giornaliero di assistenza al/alla sig/sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Residente in  ZTL A  ZTL B  AV  ARU

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(sono esentati dalla compilazione di tali generalità FISIOTERAPISTI, OSTETRICHE, ASL, MINISTRI DI CULTO)

Pass Posseduti dal medesimo assistito (massimo 3): n. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(allegare certificato medico della persona richiedente assistenza)

### ASSISTENZA ASSOCIAZIONI

Associazione/ Fondazione /Cooperativa: \_\_\_\_\_

Con sede a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Motivazione Rilascio pass \_\_\_\_\_

Durata del servizio \_\_\_\_\_

l'associazione utilizza per il servizio assistenziale a domicilio veicolo intestata alla stessa

l'associazione autorizza per il servizio assistenziale il/la sig/sig.ra \_\_\_\_\_

All'utilizzo del proprio veicolo privato (con obbligo di esposizione del cartellino "servizio assistenza domiciliare in ZTL")

### MINORI

### SCOLASTICO

Prestare assistenza giornaliera al minore \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Con necessità di trasporto presso:

la via di residenza sopra indicata situata in  ZTL A  ZTL B

scuola/ attività ricreative/palestre/attività extra con sede in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

parenti (nonni/zii)

Rapporto di parentela del minore con il dichiarante: \_\_\_\_\_

il medesimo minore ha altri pass (massimo 3): n. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**MEDICO**

Per la presenza di pazienti residenti/domiciliati in ZTL

Dichiaro di essere convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in qualità di:

MEDICO DI MEDICINA GENERALE (medico di Famiglia) Ente di Appartenenza: \_\_\_\_\_

MEDICO DI PEDIATRIA (pediatra di famiglia) Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_

MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

MEDICO FISCALE/ISPETTIVO Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_ -

VETERINARIO

Iscritto all'albo dell'ordine dei medici con il n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Altri pass medici posseduti (massimo 2: 1 per autoveicolo con 2 targhe e un motociclo): \_\_\_\_\_

**ESTREMI DEL VEICOLO:**

TARGA 1 \_\_\_\_\_

AUTOVEICOLO       QUADRICICLO A MOTORE       MOTOCICLO

Metano /GPL/Ibrida elettrica → Tariffa 50%

Intestato al sottoscritto

Aziendale della ditta: \_\_\_\_\_ di cui sono: PRESIDENTE/  
AMMINISTRATORE DELEGATO/ LEGALE RAPPRESENTANTE

Intestato a familiare convivente: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

(Dichiarazione comodato d'uso e dichiarazione del richiedente il pass)

TARGA 2 \_\_\_\_\_

**(Solo per il medico che può associare una seconda targa solo al pass dell'autoveicolo)**

AUTOVEICOLO       QUADRICICLO A MOTORE       MOTOCICLO

Metano /GPL/Ibrida elettrica → Tariffa 50%

Intestato al sottoscritto

Aziendale della ditta: \_\_\_\_\_ di cui sono :PRESIDENTE/  
AMMINISTRATORE DELEGATO/ LEGALE RAPPRESENTANTE/ SOCIO/ DIPENDENTE

Intestato a familiare convivente: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

(Dichiarazione comodato d'uso e dichiarazione del richiedente il pass)

**Si richiama l'attenzione sulle conseguenze previste dalla legge per falsità in atti e dichiarazioni mendaci**

Art 76 D.P.R 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ... omissis...".

Art 75 D.P.R 445/2000 "Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento sulla base della dichiarazione non veritiera."

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(allegare documento di identità se non agli atti)

-----

**INFORMATIVA PRIVACY**

Dichiaro di aver letto l'informativa inerente al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del GDPR.

Mantova, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----

**DELEGA SVOLGIMENTO PRATICA E RITIRO PASS**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

DELEGA

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ allo svolgimento della pratica e al

Ritiro del pass.

Data

\_\_\_\_\_

Firma Delegante

\_\_\_\_\_

(allegare documento identità)

Firma Delegato

\_\_\_\_\_

(allegare documento identità)