

<u>Spazio riservato all'Ufficio</u> Riferimenti : MODULO 8 - CONTRASSEGNO 8 MEDICO IN SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA	Protocollo	Pratica
--	------------	---------

Spettabile UFFICIO ZTL

COMUNICAZIONE DI ACCESSO IN ZTL PER VEICOLI di MEDICO IN SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA, PERSONALE MEDICO, PARAMEDICO, ASSISTENZIALE
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto/a _____ **Cod. Fisc.** _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
via/piazza _____ n. _____, tel. _____
e_mail _____ Pec (evntl.) _____

in qualità di **Responsabile dell'Azienda per Servizio Sanitario** (o suo delegato)

con sede legale a _____ **Cod. Fisc./PIVA:** _____
via/piazza _____ n. _____, tel. _____
e_mail _____ Pec _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

- che le persone sotto elencate sono state tutte incaricate del Servizio di **GUARDIA MEDICA** nel Comune di Riva del Garda/Comunità Alto Garda e Ledro e che le stesse sono regolarmente iscritte nel Registro dell'Ordine dei Medici come risulta dal corrispondente n.ro indicato nell'elenco stesso; si riportano inoltre targa, marca e modello dei veicoli dalle stesse utilizzati:

1. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____
Targa _____ Marca e Modello _____
Intestato _____ COD. FISC. _____
Targa _____ Marca e Modello _____
Intestato _____ COD. FISC. _____

2. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____
Targa _____ Marca e Modello _____
Intestato _____ COD. FISC. _____
Targa _____ Marca e Modello _____
Intestato _____ COD. FISC. _____

3. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____
Targa _____ Marca e Modello _____
Intestato _____ COD. FISC. _____
Targa _____ Marca e Modello _____
Intestato _____ COD. FISC. _____

In ALLEGATO produce:

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità, se la dichiarazione non è firmata in presenza del dipendente addetto ricevere la documentazione (N.ro documento _____ rilasciato da _____);
- Fotocopia della/e carta/e di circolazione del/i veicolo/i.
- n. _____ Foglio/i integrativo/i **ELENCO DATI**
- *Altra documentazione su valutazione degli Uffici competenti*

PER QUANTO SOPRA DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE

di essere soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000);

qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000);

che non verranno autorizzati transiti retroattivi avvenuti in date e ore precedenti alla compilazione della presente richiesta;

che nel caso di perdita o di variazione di uno o più requisiti che hanno determinato il rilascio del contrassegno, dovrà darne comunicazione all'Ufficio ZTL, entro 10 giorni dal verificarsi dell'evento, per gli adempimenti conseguenti, come previsto dall'ordinanza in vigore;

che a seguito dell'accertamento dell'uso improprio del documento autorizzativo/contrassegno, gli Uffici competenti applicheranno i conseguenti adempimenti del caso, come previsto dalla normativa vigente; l'uso improprio darà luogo inoltre al ritiro da parte dell'agente accertatore ed alla sospensione o revoca del contrassegno stesso;

che la registrazione della targa del veicolo riguarda esclusivamente il transito e la SOSTA OPERATIVA DELLO STESSO (15 min. come da ordinanza) e che l'eventuale protrarsi della sosta sarà considerato occupazione di suolo pubblico e pertanto soggetto a preventiva autorizzazione sindacale, come da Codice della Strada;

che il veicolo per il quale è richiesta l'autorizzazione è adibito al trasporto persone e non al trasporto merci (autocarro) ed è di massa complessiva inferiore a 3,5 t.;

che sarà a propria cura il dovere di acquisire le informazioni relativi ad eventuali cambiamenti che dovessero intervenire nella normativa in materia anche tramite gli strumenti resi disponibili dagli Uffici competenti;

che i pagamenti devono essere effettuati mediante il nuovo sistema dei pagamenti verso la Pubblica Amministrazione Pagopa, collegandosi al seguente link: https://mypay.provincia.tn.it/pa/changeEnte.html?enteToChange=C_H330, scegliendo la tipologia di pagamento "Permessi per accesso alle ZTL" e seguendo le istruzioni contenute nel sito;

che il contrassegno ha obbligo di conferma come meglio specificato nel Disciplinare (Art. 19)

di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dati personali).

In fede.

Data _____

Firma e Timbro del richiedente/dichiarante _____

Foglio integrativo Elenco Dati

4. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

5. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

6. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

7. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

8. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

9. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

10. Medico Signor _____ **n.ro Iscrizione Ordine dei Medici** _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

Targa _____ Marca e Modello _____

Intestato _____ COD. FISC. _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

Desideriamo informarLa che il Regolamento UE 2016/679 e il Decreto legislativo 196/2003 hanno ad oggetto la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

I dati personali sono raccolti dal Ufficio APM Srl esclusivamente per lo svolgimento dell'attività di competenza e per lo svolgimento di funzioni istituzionali.

Sono trattati **dati personali e/o le seguenti categorie particolari di dati personali**: stato di salute.

Titolare del trattamento è il Comune di Riva del Garda con sede a Riva del Garda, Piazza Tre novembre, n. 5 (e-mail info@comune.rivadelgarda.tn.it, sito internet <http://www.comune.rivadelgarda.tn.it>).

Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in via Torre Verde 23 (e-mail servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet www.comunitrentini.it).

Responsabile del trattamento è la società Altogarda Parcheggi e Mobilità Srl con sede a Riva del Garda, via C. H. von Hartungen, 4 (e-mail info@altogarda-parcheggi.it, sito internet www.altogarda-parcheggi.it).

Fonte dei dati personali e modalità del trattamento

- sono stati raccolti presso _____ (*indicare il soggetto che ha raccolto e comunicato i dati all'Ente*).
- sono stati raccolti presso l'interessato (lei medesimo).

Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

I dati personali vengono raccolti e trattati per le seguenti finalità: permesso ZTL e per l'esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico.

Modalità del trattamento

I dati vengono trattati con sistemi informatici e/o manuali attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

I dati possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli.

I dati non sono oggetto di diffusione ai sensi di legge.

I dati non sono oggetto di trasferimento all'estero (la pubblicazione su internet equivale a diffusione all'estero).

I dati possono essere conosciuti dagli incaricati del Ufficio APM Srl.

I dati sono conservati per il periodo strettamente necessario all'esecuzione del compito o della funzione di interesse pubblico e comunque a termini di legge.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Non fornire i dati comporta non osservare obblighi di legge e/o impedire che l'Ente possa l'espletare le proprie funzioni istituzionali e/o erogare il servizio.

I diritti dell'interessato sono:

- richiedere la conferma dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano;
- ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile;
- richiedere di conoscere le finalità e modalità del trattamento;
- ottenere la rettifica, la cancellazione, la limitazione o la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- richiedere la portabilità dei dati;
- aggiornare, correggere o integrare i dati che lo riguardano;
- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.