

Richiesta di permesso di accesso in Z.T.L.

Spett.le Comando Polizia Locale
Ufficio Permessi
Viale Innocenzo XI n.18
22100 COMO

Io sottoscritto/a Dottor/Dottoressa.....

Iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di

al numero

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarò soggetto/a alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000

Dichiaro

- Di essere Medico di Base/Pediatra di Famiglia convenzionato con il Servizio Sanitario regionale con numero
- Di avere pazienti, in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale, residenti all'interno della Zona a Traffico Limitato
- Di essere incaricato della sostituzione ordinaria del/della Dottor/Dottoressa, Medico di Base/Pediatra di Famiglia
- Di essere incaricato della sostituzione occasionale del/della Dottor/Dottoressa, Medico di Base/Pediatra di Famiglia, dal al

E di avere, per motivi di servizio, necessità di ingresso non programmabili in Zona a Traffico Limitato.

Como,

.....
firma del dichiarante