

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PASS ZTL PADOVA

**AL SIG. PRESIDENTE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PADOVA**

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
in Via _____ n. _____ Tel. _____

Ai sensi degli artt. 46,47,75,76 del D.P.R. n. 445/2000, **consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per mendaci dichiarazioni, falsità in atti, uso o esibizioni di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità**

al fine di richiedere il Pass per l'accesso alla ZTL del centro storico di Padova

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
quanto segue:

di svolgere attività continuativa assistenziale domiciliare a pazienti in qualità di:

A1) **medico convenzionato con l'ULSS 6 Euganea in qualità di MMG**

A2) **medico convenzionato con l'ULSS 6 Euganea in qualità di Pediatra di Libera Scelta**

Dichiaro altresì quale indirizzo dello proprio studio medico:

Dichiaro di avere pazienti all'interno della Zona a traffico Limitato del Comune di Padova, a cui svolgo attività continuativa assistenziale domiciliare.

Varie ed eventuali:

Padova, _____

Il Dichiarante _____