

**AL PRESIDENTE dell' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MONZA BRIANZA**

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
in Via _____ Tel. _____ Cell. _____
e con studio a _____ in Via _____ Tel. _____
Mail personale _____ PEC _____
Iscritto all' Albo Medici dell'OMCeO di Monza e Brianza al n.

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**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di svolgere attività continuativa assistenziale a pazienti residenti nel Comune di Monza.
- di svolgere attività di assistenza domiciliare ACN MMG 2005 ex art. 45 comma 1 lettera b) e c) comma 2 lettera a) e s) e ex art. 47 comma 1 e comma 3 e successive modifiche e integrazioni e ACN Pediatria di Famiglia 2005 ex art. 44 comma 1 lettera b) e c) comma 2 lettera b) e c) e ex art. 46 comma 3 e successive modifiche e integrazioni.
- di aver preso visione della normativa vigente in merito alla sosta e accesso alla zona ZTL

CHIEDE

IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO MEDICO IN VISITA DOMICILIARE E ACCESSO ZONA ZTL

(N.B: per la sola sosta è possibile indicare una seconda auto)

NUOVA RICHIESTA **RICHIESTA DUPLICATO PER SMARRIMENTO**

- ❖ AUTO (*tipo e relativa targa*) _____
- ❖ AUTO (*tipo e relativa targa*) _____
(N.B – auto NON è autorizzata all' accesso in zona ZTL)

..l. sottoscritt... dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati e di essere stato informato che i dati saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento oggetto della presente richiesta.

Allegati: fotocopia documento di identità in corso di validità

Monza, _____

Il Dichiarante _____

Mod 24_Contrassegno Medico in visita domiciliare_rev2015