

**RICHIESTA PER IL RILASCIO  
DELL'AUTORIZZAZIONE ALLA  
SOSTA GRATUITA A FAVORE DEI  
VEICOLI AL SERVIZIO MEDICI**

AUT.NE N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

A TITOLO GRATUITO

**AL RESPONSABILE UFFICIO RILASCIO PASS DEL COMUNE DI SAN VITO LO CAPO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

esercente la professione sanitaria

n. cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione alla sosta momentanea gratuita in ztl rossa/verde e zone regolamentate al fine di effettuare le visite domiciliari

TIPO \_\_\_\_\_ TARGA \_\_\_\_\_

TIPO \_\_\_\_\_ TARGA \_\_\_\_\_

e a tal fine

**DICHIARA**

- Di essere a conoscenza che spettano max due contrassegni indicando tipo e targa del veicolo
- Di essere a conoscenza che l'autorizzazione consente al veicolo di transitare e sostare in ztl e zone regolamentate per il tempo strettamente necessario, e comunque fino ad un massimo di 60 minuti, esponendo il disco orario, esclusivamente per inderogabili e comprovabili esigenze di servizio.

San Vito Lo Capo, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_