# 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 residenti nella Zona a Traffico Limitato 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**

Varie ed eventuali:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Padova, _____ Il Dichiarante_____