

MODELLO Farmacie			Richiesta d'inserimento nell'elenco dei veicoli autorizzati al transito nelle ZTL controllate da varchi elettronici DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (artt. 45 e 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)				 Comune di Sciacca	
VARCO ZTL								
1	2	3						
				FARMACIA		ATTIVITA'		
Modalità di consegna: inviare all'indirizzo e-mail: ztl@comunedisgiacca.it						PROT.N°		
						DATA E ORA:		

DATI RICHIEDENTE			
Il Sottoscritto		Residente in Via	
Nato a / il		Telefono	

DICHARA			
In qualità di titolare	altro	della farmacia	
Di svolgere attività interna alla ZTL di Sciacca alla via			N°
Indicare il numero di pagine inviate		n.	
Telefono		Fax	e-mail

Targhe autorizzate e orario di vendita			
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

IL PRESENTE MODELLO POTRA' ESSERE ADATTATO O MODIFICATO A SUCCESSIVE ESIGENZE.

La presente deve essere inviata **ENTRO 48 ORE dall'immissione in zona a traffico limitato** tramite e-mail: ztl@comunedisgiacca.it

Nel caso di mendaci dichiarazioni e falsità si applicano le sanzioni penali ai sensi dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000.
 Si autorizza al trattamento dei dati personali nel rispetto del DLgs n. 196/03 e all'inserimento della targa comunicata nella lista dei veicoli autorizzati all'accesso nella Zona a Traffico Limitato Centro Antico.

Sciacca	Data	Firma e Timbro	
---------	------	----------------------	--