

RICHIESTA PASS BIANCO ASSISTENZA

A ZTL – UFFICIO PERMESSI

VIA RIO FARNESE n. 14D, 29121 PIACENZA

Tel. +39 3883072561 – email customercare.ztlpiacenza@gpsparking.it

RICHIESTA PASS BIANCO ASSISTENZA CIRCOLAZIONE E SOSTA IN ZTL

Deliberazione della Giunta Comunale n. 105 del 05/05/2010, 77/2012 e 122 del 21/04/2015.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
codice fiscale _____, residente in _____ prov. _____
cap _____ via _____ n. _____
cell. _____, e-mail: _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto previsto dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", e che, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA (barrare le caselle e compilare)

- di essere Legale Rappresentante (o suo delegato) di COOPERATIVA _____
 ASSOCIAZIONE ASSISTENZIALE LEGALMENTE RICONOSCIUTA _____,
sita in _____ via _____

- di essere INFERMIERE PRIVATO CITTADINO

che effettua assistenza pressoché giornaliera al Sig./Sig.ra _____, residente in Piacenza, via _____, ricadente in ZTL;

di essere a conoscenza del fatto che il PASS BIANCO ASSISTENZA è gratuito e consente l'accesso alla ZTL, senza limitazioni di orario, la sosta nel rispetto della segnaletica esistente e delle norme del C.d.S. e, in caso di somma urgenza, nei pressi dell'abitazione dell'assistito senza recare intralcio al traffico veicolare e pedonale per il tempo strettamente necessario alle operazioni di assistenza, in conformità all'art. 7, comma 4, del Nuovo Codice della Strada;

di essere a conoscenza del fatto che il PASS BIANCO ASSISTENZA viene rilasciato esclusivamente a cooperative, associazioni assistenziali legalmente riconosciute e privati che effettuano assistenza domiciliare a persone in stato di necessità che risiedono in ZTL, nonché ad infermieri con comprovata necessità di effettuare interventi presso assistiti in ZTL;

di essere a conoscenza di aver diritto ad un solo PASS BIANCO ASSISTENZA per residente/i in ZTL con necessità di assistenza, che potrà riportare l'indicazione di non più di tre targhe o contrassegni di identificazione (numeri di telaio) nel caso di ciclomotori;

di essere a conoscenza del fatto che il PASS BIANCO ASSISTENZA che verrà rilasciato potrà aver validità biennale oppure essere temporaneo (vale a dire con validità massima di un anno) in relazione alla durata delle cure necessarie;

di essere a conoscenza del fatto che il PASS BIANCO ASSISTENZA deve essere esposto in modo ben visibile nella parte anteriore o sul parabrezza, all'interno dell'abitacolo degli autoveicoli, mentre per motocicli e ciclomotori è sufficiente che i conducenti abbiano con sé il PASS stesso;

di impegnarsi a restituire a codesto Ufficio il PASS BIANCO ASSISTENZA al momento della decadenza dei requisiti previsti per il suo rilascio **e di impegnarsi a rinnovare il pass entro la data di scadenza prevista;**

letto confermato e firmato _____

CHIEDE

il rilascio di n. 1 PASS BIANCO ASSISTENZA per i seguenti veicoli:

1. Marca _____ modello _____ targa _____
di proprietà di _____
2. Marca _____ modello _____ targa _____
di proprietà di _____
3. Marca _____ modello _____ targa _____
di proprietà di _____

Istanza esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 14, tabella B del D.P.R. 642/72.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

DOCUMENTI ALLEGATI:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- fotocopia libretti di circolazione veicoli.
- per i non proprietari dei veicoli documentazione attestante l'uso degli stessi (leasing, locazione o comodato d'uso)
- dichiarazione attestante la necessità di assistenza del residente, accompagnata da certificazione medica con specificazione del tempo e della durata delle cure, ovvero da analogo autocertificazione redatta dal legale rappresentante dell'associazione o cooperativa assistenziale.

La presente richiesta è valida per l'autorizzazione di transito esclusivamente nella zona Z.T.L. di appartenenza, ovvero (barrare la caselle corrispondente) :

- ZTL A: via Cavour - Piazza Borgo – via S.Antonino – via S.Giovanni - TUTTI I VARCHI DELLA ZTL
- ZTL B: ESCLUSIVAMENTE varchi Via Roma - via Gregorio X
- ZTL C: ESCLUSIVAMENTE varco via Giordani e varchi della Ztl D
- ZTL D: ESCLUSIVAMENTE varchi Via Gaspare Landi – V.lo Pantalini – via Scalabrini - via S.Stefano – v.lo S.Paolo

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di essere a conoscenza delle modalità di rinnovo del pass rilasciato.

Per presa visione.

L'interessato _____

N.B.: IMPORTANTE

IL SOTTOSCRITTO E' INFORMATO CHE IN CAPO ALL'ENTE NON VI E' NESSUN ONERE DI COMUNICARE LA SCADENZA DEL PASS ALLA DATA PRESTABILITA.

L'interessato _____

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A RINNOVARE, PRIMA DELLA SCADENZA INDICATA, IL PASS RILASCIATO; IN CASO CONTRARIO OGNI ACCESSO SUCCESSIVO SARÀ CONSIDERATO COME NON AUTORIZZATO.

L'interessato _____

in caso di utilizzo, anche temporaneo ed imprevisto, di mezzo sostitutivo a quelli indicati nel pass, dovrà essere richiesta ulteriore autorizzazione per tale veicolo utilizzato in sostituzione di quelli inseriti nel Pass.

L'interessato _____

Informativa al trattamento di dati personali - art. 13 Reg. UE 2016/679 - GDPR

Il sottoscritto, in qualità di soggetto interessato dal trattamento dei dati personali, dichiara di aver preso visione della informativa pubblicata alla pagina: [https://privacy.nelcomune.it/comune.piacenza.it#sezione modelli](https://privacy.nelcomune.it/comune.piacenza.it#sezione%20modelli)

Per presa visione.

Data

L'interessato _____