

Modello Richiesta ASL - Av

**Al Distretto Sanitario
della ASL Avellino**

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(artt. 45 e 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o _____		
Nata/o a _____	Prov. _____	il _____
Codice fiscale _____		
Residente a _____		Prov. _____
Via/piazza _____		

Appartenente alla seguente categoria, con pazienti residenti nel perimetro della ZTL :

- medici di Famiglia;
- pediatri di libera scelta;
- medici di Medicina Generale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);

convenzionato con la ASL Av , Distretto Sanitario di Avellino, con codice Regionale n° _____,
con studio sito in,

via _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato 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. 445/2000).

Sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- di avere, tra i suoi assistiti, pazienti residenti nell'area territoriale della nuova ZTL;
- di utilizzare il proprio veicolo (auto-moto-ciclo) modello _____, targa _____, per il transito al fine del solo svolgimento delle attività di visite domiciliari previste dall'ACN (Accordo Collettivo Nazionale per i Medici di Medicina Generale);
- di svolgere visite domiciliari in qualità di Pubblico Ufficiale del Servizio Sanitario Nazionale, limitatamente alle funzioni di Sanità Pubblica;
- di utilizzare a tal fine un veicolo privato in quanto non reso disponibile dalle AA.SS.LL. per il personale sanitario convenzionato.
- ritiene, inoltre, essenziale il transito per lo svolgimento efficace delle cure primarie del SSN a favore dei cittadini residenti nell'area della ZTL.

Si impegna, infine, a non utilizzare se non in orario di servizio il permesso ottenuto e a comunicarlo qualora non vi fossero più assistiti a suo carico residenti nella area territoriale della predetta ZTL -.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (*per esteso e leggibile*) _____

Modello Certificazione ASL- AV

**Al Comando Polizia Municipale
Avellino**

OGGETTO: CERTIFICAZIONE ASL - AV

Vista la richiesta del dott. _____

Appartenente alla seguente categoria, con pazienti residenti nel perimetro della ZTL:

medici di Famiglia;

pediatri di libera scelta;

medici di Medicina Generale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);

convenzionato con la ASL AV, Distretto Sanitario di Avellino con codice Regionale n° _____,

con studio sito in,

via _____

SI CERTIFICA CHE

La/il dott.ssa/dott. _____	
Nata/o a _____ Prov. _____	il _____
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Prov. _____
Via/piazza _____	

- ha, tra i suoi assistiti, pazienti che risiedono nell'area della ZTL e che ha necessità di svolgere visite domiciliari previste dall'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) e in qualità di Pubblico Ufficiale del Servizio Sanitario Nazionale, limitatamente alle funzioni di Sanità Pubblica;
- che il veicolo che sarà utilizzato per le visite ai suddetti pazienti è (auto-moto-ciclo) modello _____ targa _____.

Luogo e data _____

Firma e Timbro dell'ASL _____