

## RICHIESTA CONTRASSEGNO PER MEDICI CONVENZIONATI ATS

### 1) DATI PERSONALI

COGNOME		NOME	
Nato a		Il	
Residente a		Via e n°	
Domiciliato a		Via e n°	
Codice Fiscale		Patente Tipo	N° Scad.
Documento (*)	Tipo e n°	Rilasciato da	
email		Telefono/cellulare	

Dichiara di essere iscritto all'Albo dell'Ordine \_\_\_\_\_  
della Provincia di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### 2) DATI DEL VEICOLO DA INSERIRE (di massa complessiva non superiore a 3,5t.)

	Veicolo	Targa	Transito dal giorno
1			
2			

### 3) DATI DEL VEICOLO DA ELIMINARE

	Veicolo	Targa	Ultimo giorno di transito in ZTL
1			
2			

### DICHIARO

Di utilizzare il veicolo per l'espletamento di visite domiciliari.

Il/la sottoscritto/a, è consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni e consapevole altresì della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 76 e 75 del D.P.R. 445/2000).

Bergamo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ il CONTRASSEGNO PROVVISORIO n. \_\_\_\_\_ e di averne verificato la correttezza dei dati riportati (zona di sosta, varchi ZTL, targhe e data).

Firma \_\_\_\_\_

### Informazioni sul trattamento dei dati personali – art.13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

La informiamo che i dati che ci ha rilasciato, compilando e consegnando questo modulo, saranno trattati in contitolarità da ATB Mobilità S.p.A. e dal Comune di Bergamo, esclusivamente con lo scopo di fornirle il servizio richiesto.



Per ulteriori e più dettagliate informazioni la invitiamo a visitare il portale del Gruppo ATB all'indirizzo [www.atb.bergamo.it/it/gruppo-atb/privacy](http://www.atb.bergamo.it/it/gruppo-atb/privacy) oppure ad utilizzare il QR CODE riportato qui a sinistra.

L'informativa completa è disponibile anche presso la sede ATB di via Gleno, 13 – BERGAMO.