

Veicoli privati di dipendenti/collaboratori degli Ospedali/Enti Gestori Certificati destinati ad attività sanitarie il cui espletamento renda necessario l'uso del veicolo privato, nel caso di insufficienza di veicoli di proprietà o in disponibilità degli Ospedali/Enti Gestori Certificati



Area Smart Mobility
Unità Gestione Permessi
Via Sile n. 8 - 20139 Milano

SPAZIO RISERVATO
AL PROTOCOLLO

MARCA ERARIALE
DA € 16.00
(se dovuta)

**DOMANDA PER RILASCIO/RINNOVO PASS SOSTA LIBERA
OSPEDALI/ENTI GESTORI CERTIFICATI**

RICHIEDENTE (DIRIGENTE -DIRETTORE DELL'OSPEDALE/ENTE GESTORE CERTIFICATO)	
Il/la Sottoscritto/a _____	
in qualità di _____ dell'OSPEDALE/ENTE GESTORE CERTIFICATO	
con sede a _____ () CAP _____ via _____ n. _____	
e-mail _____ @ _____ tel. _____	
P. IVA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

CHIEDE per il veicolo	
del dipendente/collaboratore destinato ad attività sanitarie il cui espletamento renda necessario l'uso del veicolo privato, nel caso di insufficienza di veicoli di proprietà o in disponibilità dell'Ospedale/Ente Gestore Certificato	

<input type="checkbox"/> il rilascio	<input type="checkbox"/> il rinnovo
(solo in caso di rinnovo)	data di scadenza _____ Codice Utente n. _____

DI N. 1 PERMESSO PER LA SOSTA LIBERA

<input type="checkbox"/> per l'intero territorio cittadino	<input type="checkbox"/> per l'Ambito/gli Ambiti di Sosta regolamentata n. _____
<input type="checkbox"/> per il veicolo targato _____	
NOME _____ COGNOME _____	
nato/a a _____ () il ____ C.F. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
residente a _____ () CAP _____	
via/piazza _____ n. _____	
patente n. _____ rilasciata da _____ il _____	
mail _____ @ _____ tel. _____	

a tal fine ALLEGA quale parte integrante della presente istanza n. _____ allegati:

- copia fronte retro del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità;
- copia fronte retro del documento di riconoscimento del dipendente, in corso di validità;
- autorizzazione all'uso del veicolo privato con indicazione espressa delle attività sanitarie il cui espletamento renda necessario l'uso del veicolo privato, nel caso di insufficienza di veicoli di proprietà o in disponibilità dell'Ospedale

data **IL RICHIEDENTE**.....

TRASMETTERE
via e-mail: MTA.PermessiSostaLibera@comune.milano.it
oppure all'Ufficio Protocollo di Via Sile n. 8 – Milano

MODULO N)

Veicoli privati di dipendenti/collaboratori degli Ospedali/Enti Gestori Certificati destinati ad attività sanitarie il cui espletamento renda necessario l'uso del veicolo privato, nel caso di insufficienza di veicoli di proprietà o in disponibilità degli Ospedali/Enti Gestori Certificati

Dichiara di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (*Regolamento generale sulla protezione dei dati personali*) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Si informa che il trattamento dei dati personali è effettuato dal Comune di Milano, in qualità di Titolare del trattamento, che potrà comunicare gli stessi a tutti i soggetti coinvolti nelle attività per le quali è stato prestato il consenso, qualora la comunicazione si renda necessaria per l'espletamento del rilascio del Pass Sosta.

data

IL DICHIARANTE.....

TRASMETTERE

**via e-mail: MTA.PermessiSostaLibera@comune.milano.it
oppure all'Ufficio Protocollo di Via Sile n. 8 – Milano**