

COMUNICAZIONE ACCESSO IN ZTL PER RAGGIUNGIMENTO FARMACIA

(D.l.vo n. 285/92; D.P.R. n. 495/92)

Il/la sottoscritto/a nome _____ cognome _____

Per conto della farmacia _____

CERTIFICO

Che il Sig. / la Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

sulla base di ricetta medica si è presentato/a in data _____ ore _____

presso questa farmacia con il veicolo:

TARGA	MARCA e MODELLO

Il sottoscritto/a prende atto che i dati sopra riportati, conferiti al Comune di Trento e/o Trentino Mobilità Spa per lo sviluppo dei procedimenti amministrativi connessi, saranno trattati e conservati nel pieno rispetto del DLgs n.196/03. I dati potranno essere trattati da operatori specializzati preventivamente individuati dal Comune di Trento e/o Trentino Mobilità Spa, in nome e per conto dell'Amministrazione Comunale nel pieno rispetto del DLgs 196/03. Acconsente inoltre al trattamento di eventuali dati sensibili necessari all'istruzione ed alla gestione degli atti relativi alla presente pratica.

Trento, _____ (data)

FIRMA e TIMBRO