

MODULO PER RICHIESTA PASS MEDICO IN VISITA DOMICILIARE URGENTE

Al Signor Sindaco
del Comune di Segrate

II/ La Sottoscritto/a
Nat.... a prov. di
in data / / residente a prov. di
in via n°
Documento tipo n°
rilasciato il / / a
Telefono n°

CHIEDE

Nella sua qualità di medico generico.

Di poter avere il contrassegno identificativo di **MEDICO IN VISITA DOMICILIARE URGENTE**.

A tal fine dichiara di accettare e rispettare incondizionatamente le prescrizioni riportate sul retro del contrassegno, dichiara altresì di essere proprietario del/dei sotto elencati autoveicoli:

Autoveicolo.....Targato.....

Autoveicolo.....Targato.....

Di cui allega copia/e della Carta di Circolazione.

Dichiara inoltre di essere titolare di Patente di Guida categoria rilasciata in data
da.....valida fino al.....come da copia allegata.

Il Richiedente

(Firma per esteso e leggibile)

Documenti da allegare:

- fotocopia documento d'identità del richiedente;
- fotocopia carta/e di circolazione veicolo/li;
- fotocopia patente di guida del richiedente.