

## RICHIESTA CONTRASSEGNO PER MEDICI CONVENZIONATI ATS – ASST PAPA GIOVANNI XXIII

### 1) DATI PERSONALI

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
<b>Nato a</b>		<b>II</b>	
<b>Residente</b>		<b>Via e n°</b>	
<b>Codice Fiscale</b>		<b>Patente Tipo</b>	<b>N°</b>
<b>Documento</b>	<b>Tipo e n°</b>	<b>Rilasciato da</b>	
<b>email</b>		<b>Telefono/cellulare</b>	

Dichiaro di esercitare la professione in convenzione con ATS Bergamo – Dipartimento Cure Primarie – ASST Papa Giovanni XXIII: 

SI	NO
----	----

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

<b>targa</b>	<b>primo giorno di transito</b>

### 3) DATI DEL VEICOLO DA ELIMINARE

<b>targa</b>	<b>ultimo giorno di transito</b>

### 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 n. \_\_\_\_\_ e di averne verificato la correttezza dei dati riportati (generalità e targa veicolo).

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.