

	Zona a Traffico Limitato ACCESSO AL CENTRO CITTA' PER "RITIRO FARMACI URGENTI" IN ZONA A TRAFFICO LIMITATO	
--	---	--

FARMACIA/PARAFARMACIA
(inserire il timbro della farmacia/parafarmacia)

Al Sig. Sindaco della Città di Porto Recanati

Il/ILa Sottoscritto/a
 Nato/a a il
 Residente in
 Via/Piazza n° Tel.
 Veicolo Modello targa
 Cell. Posta elettronica

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni false o mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

Che in data Alle ore
 è transitato attraverso il seguente varco:

.....
 Controllato dalle telecamere del sistema di accesso alla zona a traffico limitato:

VARCO 1 - Via Pastrengo; VARCO 2 - Via Galilei; VARCO 3 - Via Martin Luther King;

Altro

Cognome Nome

Firma leggibile dell'interessato.....

LA PARTE SOTTOSTANTE VA COMPILATA A CURA DEL FARMACISTA

Per il ritiro del farmaco urgente:

Avvenuto in data Alle ore

(l'acquisto deve avvenire entro 2 ore dall'accesso salvo giustificato e comprovato motivo)

In fede

Cognome Nome (del farmacista)

Firma leggibile del farmacista

N.B.:

Il presente modello va compilato in modo ben leggibile in ogni sua parte e trasmesso prima dell'accesso o al massimo entro 48 ore dall'accesso alla ditta incaricata del servizio con sede presso "Porto Recanati Parcheggi" in Via Pastrengo n° 75 (nei pressi accesso VARCO 1) o **personalmente** negli orari di apertura o tramite e-mail all'indirizzo: **ztlportorecanati@gmail.com**

Ulteriori informazioni potranno essere richieste al numero telefonico: **320 0716797**, negli orari di funzionamento dello sportello, indicati con messaggio di segreteria telefonica.