

**OGGETTO: Uso del mezzo proprio di trasporto per ricorrenti motivi di servizio.
Richiesta di autorizzazione.**

Il/la sottoscritto/a _____ (cod.reg. n. _____)

Titolare d'incarico a tempo determinato / indeterminato quale medico specialista ambulatoriale convenzionato, per n. _____ ore settimanali nella branca _____

Sede di servizio _____ (tel. _____)

C H I E D E

l'autorizzazione all'uso del mezzo proprio di trasporto per motivi di servizio ai sensi dell'art.32 comma 7 – dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato-Regioni del 23.3.2005 e, a tal fine,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nelle quali potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace:

- 1) che farà uso dell'autovettura tipo _____ targata _____ ;
- 2) di essere regolarmente abilitato alla guida di autoveicoli secondo le norme vigenti;
- 3) che tale autovettura è:
 - tuttora di sua esclusiva proprietà;
 - di proprietà di familiare convivente e ne ha la piena e legittima disponibilità;
 - di proprietà di familiare non convivente*
(in questo ultimo caso allega dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà compilato e sottoscritto dal legittimo proprietario dell'autovettura utilizzata per motivi indicati in oggetto);
- 4) che tale autovettura è coperta da assicurazione per la responsabilità civile verso terzi come prescritto dalla legge;
- 5) di impegnarsi a comunicare all'Amministrazione, prima di farne uso, l'utilizzo di una diversa autovettura rispetto a quella di cui al precedente punto 1) fornendone i relativi dati identificativi;
- 6) di avere l'abituale dimora in _____
- 7) di assicurare che l'eventuale trasporto di terzi sull'automezzo di proprietà verrà effettuato esclusivamente e tassativamente previa richiesta scritta da parte del Responsabile ove il sottoscritto presta servizio;
- 8) che i motivi di servizio che sostengono la presente richiesta sono quelli forniti dal competente Dirigente responsabile con la relazione di cui al retro della presente.

Data _____ In fede _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(da compilare da parte del proprietario dell'autovettura non convivente con lo/la specialista ambulatoriale convenzionato/a che fa richiesta dell'autorizzazione all'uso del mezzo proprio)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (prov. _____)

in via/piazza _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445 DEL 28.12.2000 il seguente stato personale:

l'autovettura tipo _____ con targa _____,

a me intestata come proprietario/a, si trova in stato di piena disponibilità d'uso a

beneficio del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (prov. _____)

in via/piazza _____

specialista convenzionato con l'Azienda U.S.L. n. 10 di Firenze.

Dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____