

PROGETTO DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTA IN ZONA DI DIVIETO PER MEDICI CHE STANNO EFFETTUANDO VISITA DOMICILIARE

- a) disco orario che sarà cura del Sanitario esporre in modo visibile nel cruscotto dell'auto dopo aver indicato l'ora di arrivo.
- b) contrassegno dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Savona
- c) dicitura: Medico in visita domiciliare
- d) ora di arrivo (relazionabile mediante disco orario)
- e) indicazione del nome e cognome del Sanitario
- f) numero progressivo dell'autorizzazione e timbro dell'Ordine (lo stesso numero è riportato in apposito registro presso l'Ordine).

NORME DEL REGOLAMENTO

- 1) Il contrassegno personalizzato con fotografia rilasciato dall'Ordine con i criteri stabiliti è **l'UNICO DOCUMENTO VALIDO PER LA SOSTA CONSENTITA IN ZONA DI DIVIETO E PER LA CIRCOLAZIONE IN ZONA PEDONALE** in tutti i Comuni della Provincia di Savona.
- 2) L'utilizzo del permesso è consentito solo al Sanitario titolare, su qualsiasi auto, unicamente per l'effettuazione di visita domiciliare. L'auto deve comunque essere posteggiata in modo tale da non compromettere in modo grave la viabilità.
- 3) La durata della sosta deve essere quella strettamente necessaria per l'effettuazione della visita domiciliare.
- 4) La durata della sosta potrà essere rilevata dal disco orario che sarà cura del Sanitario esporre in modo visibile nel cruscotto dell'auto dopo aver indicato l'ora di arrivo.
- 5) I Vigili Urbani hanno la facoltà di controllare l'identità del Sanitario che utilizza il permesso e valutare se, realmente, il Sanitario era in visita domiciliare, fatto salvo ovviamente l'imprescindibile dovere del Sanitario al segreto professionale.
- 6) L'uso improprio da parte del Medico o di altra persona che non sia il Sanitario titolare, verrà punito con l'immediato ritiro del permesso ed ovviamente con la sanzione pecuniaria

prevista per la sosta vietata. Di tale fatto verrà inviata segnalazione all'Ordine unitamente al permesso ritirato.

L'Ordine si impegna a procedere disciplinarmente nei confronti del suo iscritto titolare del permesso utilizzato impropriamente.

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL PARCHEGGIO AUTO AGEVOLATO

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di SAVONA

Io sottoscritto Dott.

nato a, il

residente in

presa visione ed impegnandomi alla stretta osservanza del regolamento concordato tra codesto Ordine ed i Comuni firmatari

CHIEDO

che mi venga rilasciato il contrassegno di autorizzazione al parcheggio in sosta di emergenza nei Comuni della Provincia di SAVONA, dove effettuo le visite domiciliari.

Allego: n. 1 fotografia formato tessera

Data

FIRMA