



AL COMUNE DI RIMINI  
Settore Mobilità  
Ufficio permessi  
Via Rosaspina, 21 - 47923 RIMINI  
tel.: 0541 704579- fax: 0541 704598  
email: [centro@comune.rimini.it](mailto:centro@comune.rimini.it)  
[ztl.parconord@comune.rimini.it](mailto:ztl.parconord@comune.rimini.it)  
pec: [dipartimento3@pec.comune.rimini.it](mailto:dipartimento3@pec.comune.rimini.it)

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO: ACCESSI CLIENTI STRUTTURE RICETTIVE  
AUTORIMESSE - AUTORIPARATORI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

in qualità di titolare e/o legale rappresentante della **Società** denominata :

\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

partita iva \_\_\_\_\_

iscrizione CCIA n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

Con riferimento a quanto previsto dalla Delibera di G.C. n. 56 DEL 21/02/2023, ai fini dell'attivazione e gestione dei permessi di accesso nelle zone AP/ZTL del Comune di Rimini.

**Consapevole della decadenza dai benefici di cui all'art. 75 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,**

**dichiaro**

- che la struttura ricettiva dispone di numero \_\_\_\_\_ posti letto
- che l'autorimessa dispone di numero \_\_\_\_\_ posti auto
- di svolgere l'attività di autoriparazione.

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente al Settore Mobilità- Ufficio Permessi ogni futura variazione della presente dichiarazione.

I permessi nella zona ztl parco del mare nord sono regolamentati dalla Delibera di G.C n. 411 del 07/12/2021 - n. 182 del 17/05/2022 e n.56 del 21/02/2023

Rimini, li \_\_\_\_\_

Il/la richiedente (firma leggibile)

\_\_\_\_\_

=====

L'autenticità della firma è garantita con le seguenti modalità:	
<b>1° caso (presentazione diretta)</b>	<b>2° caso (invio per mezzo posta, fax o tramite incaricato)</b>
Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla. Modalità di identificazione: _____ _____ Data _____ <p style="text-align: center;">IL DIPENDENTE ADDETTO</p>	Si allega copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento: Tipo(*) _____ n. _____ (* Passaporto, carta d'identità, patente, ecc. rilasciato da _____ in data _____ in corso di validità. Data _____ FIRMA DEL DICHIARANTE _____

Il/la sottoscritto/a ai sensi di Legge, presta il proprio consenso al Comune di Rimini al trattamento dei dati sopra riportati, esclusivamente ai fini della presente richiesta.

Rimini, li \_\_\_\_\_

Il/la richiedente (firma leggibile)

\_\_\_\_\_