

Gentile Signora/e

le ricordiamo che, per consentire un razionale avvicendamento nelle aree di sosta del nucleo antico dell'Ospedale di Piacenza, **i veicoli privati devono uscire entro 30 minuti dall'orario riportato sul ticket d'ingresso.**

**IN CASO DI SOSTA NON AUTORIZZATA DI DURATA SUPERIORE A 30 MINUTI
SARÀ COMMINATA UNA PENALE CONTRATTUALE DI 70,00 EURO**

CHI PUÒ ESSERE AUTORIZZATO A SOSTARE OLTRE 30 MINUTI?

- Titolari di permesso di circolazione per disabili
- Pazienti non accompagnati che si recano con mezzo proprio in un reparto ospedaliero per terapie continuative e prolungate (es: dialisi, trattamento chemioterapico, ...)
- Operatori addetti alla fornitura o manutenzione di impianti

COME OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE

- 1. Titolari di permesso di circolazione per disabili**
 - a. compilare il modulo di richiesta **stampato sul retro**
 - b. consegnare il modulo all'Ufficio Viabilità (ingresso dell'ospedale di via Taverna 49) allegando copia del permesso
- 2. Pazienti non accompagnati che si recano con mezzo proprio in un reparto ospedaliero per terapie continuative**
 - a. compilare il modulo di richiesta **stampato sul retro**
 - b. presentarlo al reparto per ottenere l'autorizzazione
 - c. consegnare il modulo all'Ufficio Viabilità (ingresso dell'ospedale di via Taverna 49)
- 3. Operatori addetti alla fornitura o manutenzione di impianti**
 - a. compilare il modulo di richiesta **stampato sul retro**
 - b. presentarlo al servizio committente per ottenere l'autorizzazione
 - c. consegnare il modulo all'Ufficio Viabilità (ingresso dell'ospedale di via Taverna 49)

I mezzi autorizzati la cui targa è stata registrata all'ufficio viabilità saranno riconosciuti dalle telecamere d'ingresso e non dovranno più ritirare il ticket.



LA/IL SOTTOSCRITTA/O

Cognome e Nome _____

Ragione sociale /Denominazione sociale _____

C.F. o P.I. _____

Indirizzo/Sede _____ n. _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ e- mail _____

- Titolare di permesso di circolazione per disabili n. _____ scadenza ___/___/___
rilasciato da _____
- Paziente del reparto _____
- Fornitore della ditta _____
Tipo di Servizio _____
Autorizzato da _____
con nota _____ (allegata in copia)

**AVENDO NECESSITÀ DI SOSTARE CON PROPRIO VEICOLO PRIVATO NEL NUCLEO
ANTICO DELL'OSPEDALE DI PIACENZA PER UN TEMPO SUPERIORE A 30 MINUTI
NEL PERIODO DA ___/___/___ AL ___/___/___**

- Tutti i giorni
- Da lunedì a venerdì
- Da lunedì a sabato
- Nei seguenti giorni della settimana

CHIEDE LA REGISTRAZIONE DEI SEGUENTI VEICOLI

Targa _____ marca/modello _____

Targa _____ marca/modello _____

Targa _____ marca/modello _____

Data _____

Firma _____

SI AUTORIZZA

Timbro e Firma del Direttore UO