

All'Assessore alle Mobilità e Infrastrutture  
On. Anna Donati  
Napoli

**OGGETTO: CERTIFICAZIONE ASL \_\_\_\_\_**

Vista la richiesta del dott. \_\_\_\_\_

Appartenente alla seguente categoria, con pazienti residenti nel perimetro della ZTL \_\_\_\_\_:

medici di Famiglia;

pediatri di libera scelta;

medici di Medicina Generale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);

convenzionato con la ASL \_\_\_\_\_, Distretto Sanitario di base n° \_\_\_\_\_,  
con codice Regionale n° \_\_\_\_\_, con studio sito in Napoli,

via \_\_\_\_\_

**SI CERTIFICA CHE**

La/il dott.ssa/dott. _____	
Nata/o a _____ Prov. _____	il _____
Codice fiscale _____	
Residente a _____ Prov. _____	
Via/piazza _____	

- ha, tra i suoi assistiti, pazienti che risiedono nell'area della ZTL \_\_\_\_\_ e che ha necessità di svolgere visite domiciliari previste dall'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) e in qualità di Pubblico Ufficiale del Servizio Sanitario Nazionale, limitatamente alle funzioni di Sanità Pubblica;
- che il veicolo che sarà utilizzato per le visite ai suddetti pazienti è (auto-moto-ciclo) modello \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro dell'ASL \_\_\_\_\_