

**TITOLO AUTORIZZATORIO**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47, comma 3 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a ..... , nato/a il .....  
a ..... residente a .....  
in Via ..... n. ....  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 - D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci  
dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a  
verità,

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità che in data ..... alle ore .....  
con il mezzo ..... targato .....  
si recherà a .....  
per una delle seguenti motivazioni:

- trasporto alle strutture sanitarie pubbliche o private per sottoporsi a visite mediche, cure ed analisi programmate, nonché per esigenze di urgenza sanitaria da comprovare successivamente con certificato medico rilasciato dal pronto soccorso;
- paramedici e tecnici ospedalieri in servizio di reperibilità, nonché associazioni e imprese che svolgono servizio di assistenza sanitaria e/o sociale;
- particolari attività urgenti e non programmabili, per assicurare servizi manutentivi di emergenza, nella fase di intervento.

Data \_\_\_\_\_

**Il/La dichiarante** .....

Nota: al momento della presentazione alle Autorità preposte ai controlli esibire contestualmente patente di guida o documento di identità valido.