

Marca da Bollo

Euro 14,62

PROVINCIA DI FROSINONE

SETTORE TRASPORTI

UFFICIO – AGENZIE

VIA ARMANDO FABI, 339

03100 – FROSINONE

PROT. N. _____

DEL ____/____/____

STUDIO DI CONSULENZA

ISTANZA AUTORIZZAZIONE INIZIO ATTIVITA'

ATTENZIONE

QUESTO MODULO CONTIENE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445 - TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA. IL SOTTOSCRITTORE È CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITÀ NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITÀ. IL SOTTOSCRITTORE DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ ED È CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE PROCEDERÀ AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

QUADRO A: DATI DEL RICHIEDENTE – a cura del titolare/Legale rappresentante

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ (prov. _____) Il ____/____/____

Codice Fiscale _____

residente a _____ (prov. _____)

C.A.P. _____ in via/piazza _____ n° _____

in qualità di:

- Titolare
- legale rappresentante
- socio amministratore

dell' Impresa denominata:

con sede in _____ via _____

n° _____ C.A.P. _____ tel. _____ fax. _____

e-mail _____

Partita I.V.A. | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

QUADRO B: ISTANZA AI SENSI DELLA LEGGE N° 264/91

il rilascio di una autorizzazione per lo svolgimento dell'attività di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto nel Comune di:

_____ (Prov.) _____

L'autorizzazione che si richiede sarà esercitata con la ditta avente la seguente denominazione :

e la seguente ubicazione nel Comune di cui sopra:

via _____ n° _____ C.A.P. _____ tel. _____

fax. _____ e-mail _____

PRIMA sede dell'esercizio dell'attività

Nome e cognome del preposto se diverso dal soggetto richiedente (solo se società)

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ (prov. _____) Il ____/____/____

Codice Fiscale _____

residente a _____ (prov. _____)

C.A.P. _____ in via/piazza _____ n° _____

in qualità di:

socio amministratore

ULTERIORE sede dell'esercizio dell'attività alla quale è abilitato come preposto:

il/la sig./sig.ra: _____

in qualità di:

Dipendente institore con procura registrata (**allega copia contratto registrato**)

Lavoratore autonomo institore con procura registrata

collaboratore familiare institore con procura registrata

socio

amministratore

- o **Allega il modulo Dichiarazione requisiti personali e morali (Allegato_FR1_Studi_02) sottoscritto dal "preposto" e copia di un documento d'identità**

Da Compilarsi solo nel caso in cui sia stato rilevato uno studio di consulenza già autorizzato

di aver rilevato l'attività dallo studio di consulenza denominato:

con sede in _____ via _____ n° _____

che il trasferimento del complesso aziendale è avvenuto in data ____/____/____

con atto notarile/scrittura privata autenticata trascritto/a presso la Conservatoria di:

_____ al numero _____

- o **Allega copia atto cessione d'azienda**

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI

QUADRO C: REQUISITI DEL TITOLARE/ LEGALE RAPPRESENTANTE

di essere in possesso dell'attestato di idoneità professionale n° _____ per l'esercizio dell'attività di studio di consulenza automobilistica:

rilasciato da _____ in data ____/____/____

di non espletare l'attività presso altri studi di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto;

di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno stato appartenente all'unione europea;

di essere regolarmente residente/soggiornante in Italia con permesso di soggiorno n. _____
rilasciato da _____ in data ____/____/____

di non essere stato interdetto;

di non essere stato inabilitato

di non aver riportato condanne per delitti contro la pubblica amministrazione (artt. 314 - 360 C.P.), contro l'amministrazione della giustizia (artt. 361 - 401 C.P.), contro la fede pubblica (artt. 453 - 498 C.P.), contro l'economia pubblica, l'industria e il commercio (artt. 499 - 518 C.P.), ovvero per i delitti di cui articoli 575 (omicidio), 624 (rapina), 628 (furto), 629 (estorsione), 630 (sequestro di persona a scopo di estorsione), 640 (truffa), 646 (appropriazione indebita), 648 (ricettazione) e 648bis (riciclaggio) del C.P., o per qualsiasi altro delitto non colposo per il quale la legge preveda la pena della reclusione non inferiore, nel minimo, a due anni, e, nel massimo, a cinque anni;

di aver subito la seguente condanna _____;

ma di aver ottenuto la riabilitazione con provvedimento:

_____ in data ____/____/____

di non essere stato sottoposto a misure amministrative di sicurezza personale o a misure di prevenzione;

**QUADRO D: DIMOSTRAZIONE DELLA CAPACITA' FINANZIARIA DI CUI ALL'ART. 4 DEL
D.M. 9 novembre 1992**

In caso di apertura di **PRIMA sede** di esercizio dell'attività :

di possedere adeguata capacità finanziaria, pari ad almeno €. 51.645,69, **dimostrata** mediante a attestazione rilasciata secondo lo schema previsto dal D.M. 09.11.92 (G.U. n. 283 del 01.12.1992) da:

- Aziende o Istituti di credito;
- Società finanziarie con capitale sociale interamente versato non inferiore a €.2.582.284,49; in alternativa, mediante fideiussione bancaria
 - o **Allega attestazione capacità finanziaria (mod.: Allegato_FR1_Studi_01) in originale**
- di possedere beni immobili di proprietà liberi da gravami ipotecari di valore non inferiore a euro 51.645,69
 - o **Allega copia documenti di proprietà degli immobili**

In caso di apertura di **ULTERIORE sede** di esercizio dell'attività

- che la capacità finanziaria posseduta al momento dell'apertura della prima sede dell'attività e risultante dalla documentazione agli atti dell'amministrazione è ancora operante

**QUADRO E: DATI RELATIVI AGLI ALTRI SOCI CON LEGALE RAPPRESENTANZA (DA
COMPILARE SOLO SE SOCIETA')**

- che all'interno della Società ci sono altri soci aventi la legale rappresentanza così identificati:

1. Sig./ Sig.ra _____
2. Sig./ Sig.ra _____
3. Sig./ Sig.ra _____
4. Sig./ Sig.ra _____
5. Sig./ Sig.ra _____

- o **Allega per ciascuno dei suddetti soci la dichiarazione relativa ai requisiti personali e morali (Allegato_FR1_Studi_02) e copia di un documento di identità personale in corso di validità**

QUADRO F: DATI RELATIVI AI LOCALI

che i locali sono di **proprietà** di :

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

con atto trascritto presso la conservatoria di _____

in data ____/____/____ al numero _____

che i locali sono in:

locazione

comodato

altro diritto reale (specificare _____)

con contratto tra il/la Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

e il/la Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

sottoscritto in data ____/____/____ e registrato presso l'agenzia delle entrate di _____

ovvero (se ricorre il caso) registrato / trascritto presso _____

al numero _____ serie _____ con validità fino al ____/____/____

che i locali rispettano i criteri di cui all'art. 1 del D.M. 9 novembre 1992:

“un ufficio ed un archivio di almeno 30 mq di superficie complessiva con non meno di 20 mq utilizzabili per il primo se posti in ambienti diversi, servizi igienici composti da bagno ed antibagno illuminati e aerati, altezza minima dei locali prevista dal regolamento edilizio del Comune”

nel caso in cui sia stato rilevato uno studio di consulenza già autorizzato

- che i locali sono quelli precedentemente autorizzati e pertanto idonei allo svolgimento dell'attività
- o **Allega planimetria in originale (pianta e sezione in scala 1:100 quotata, corredata dai relativi conteggi della superficie conteggi della superficie netta, timbrata e firmata da un professionista abilitato)**
- di essere in possesso del **Certificato di Agibilità** prot. n. _____ del ____/____/____
rilasciata dal Comune di _____
- o **Allega copia certificato di agibilità**
- che l'impresa ha assolto tutti gli adempimenti e gli obblighi in materia di **Igiene** e **Sicurezza** sul lavoro

QUADRO G: CONTRIBUTO RIMBORSO SPESE

- di aver provveduto a versare alla Provincia di Frosinone il **contributo "rimborso spese" di euro 260,00**
- si impegna a presentare al momento del ritiro dell'autorizzazione l'attestazione del versamento del **contributo "rimborso spese sopralluogo" di euro 150,00**

NON DEVE ESSERE VERSATO SE SI E' RILEVATO UNO STUDIO ED I RELATIVI LOCALI GIA' AUTORIZZATI

QUADRO H: CONTRIBUTO UNA TANTUM

- si impegna a presentare al momento del ritiro dell'autorizzazione l'attestazione del versamento del **contributo "una tantum" di Euro 25,82** di cui all'art. 8 comma 4 della Legge n. 264/1991 e al D.M. 26 aprile 1996. Il versamento può essere eseguito mediante bollettino di c/c postale in favore della **Tesoreria Provinciale dello Stato di Frosinone – c/c n. 207035**. Nella **causale** deve essere indicato il **capitolo 2454 capo XV - art. 02**. In alternativa è possibile effettuare il versamento anche tramite **bonifico bancario** per il quale è necessario indicare il relativo codice **IBAN: IT 77 V 0100003245340015245402**. Nella **causale** deve essere indicato il **capitolo 2454 capo XV - art. 02**.

data ____/____/____

Firma _____

la sottoscrizione dell'istanza e delle dichiarazioni sostitutive allegate, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 non è soggetta ad autenticazione quando la firma viene apposta in presenza del dipendente addetto, previa esibizione del documento d'identità del sottoscrittore. In alternativa, l'istanza può anche essere spedita per mezzo del sistema postale e deve essere **accompagnata dalla fotocopia (fronte-retro) leggibile di un documento d'identità non scaduto**.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

in qualità di dipendente attesta che:

la firma in calce alla domanda è stata apposta in sua presenza _____ in data ____/____/____

il sottoscrittore è stato identificato a mezzo esibizione di _____

rilasciato da _____ in data ____/____/____

la domanda e le eventuali dichiarazioni allegate sono pervenute per mezzo del sistema postale o a mani dell'interessato o di terzi già sottoscritte e corredate della copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore.

Frosinone ____/____/____

Firma del dipendente _____

SPAZIO DISPONIBILE PER EVENTUALE DELEGA A PRIVATI

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

delega a presentare la domanda in sua vece Il/la sig./sig.ra

Cognome _____ Nome _____

informa il delegato che è tenuto a produrre all'ufficio ricevente una fotocopia del proprio documento di identità per i controlli previsti dalla legge.

estremi documento: _____ rilasciato da _____ in data ____/____/____

Frosinone ____/____/____

Firma _____

⌚ il servizio trasporti della Provincia di Frosinone consente l'accesso occasionale ai propri sportelli di persone munite di delega. la stessa persona non potrà accedere agli sportelli con più di cinque deleghe nel corso dell'anno, altrimenti si configurerà l'ipotesi di esercizio abituale e abusivo dell'attività di consulenza automobilistica punita ai sensi dell'art. 348 del codice penale.

Informativa ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)

i dati personali contenuti nella presente domanda sono raccolti e conservati presso gli archivi cartacei o informatizzati della Provincia di Frosinone - Settore trasporti – via A.Fabi 339, secondo le prescrizioni inerenti la sicurezza prevista dal D.P.R. 318/1999. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle funzioni istituzionali previste dal d.lgs. 285/92 e di regolamento. I dati conferiti potranno essere comunicati e diffusi anche per via telematica per le stesse finalità di carattere Istituzionale, comunque nel rispetto dei limiti previsti dal D.Lgs. 196/2003, titolare del trattamento è la Provincia di Frosinone a cui l'interessato può sempre rivolgersi per esercitare i diritti previsti dagli articoli 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003.

RIEPILOGO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

1. attestazione capacità finanziaria in originale redatta secondo il fac-simile **(Allegato_FR1_Studi_01)** – in alternativa certificato di proprietà degli immobili;
2. copia atto costitutivo società (solo se società)
3. copia contratto locazione o atto proprietà dei locali
4. copia atto cessione d'azienda (nel caso in cui sia stato rilevato uno studio di consulenza già autorizzato)
5. copia certificato di agibilità
6. certificato di folla compatta (qualora i locali non si trovino al piano terra)
7. dichiarazione requisiti personali e morali **(Allegato_FR1_Studi_02)**
8. copia procura notarile registrata (per il preposto institore)
9. originale attestato idoneità professionale
10. copia certificato camerale
11. dichiarazione orario dell'ufficio in duplice copia
12. tariffario firmato dal titolare / legale rappresentante in duplice copia
13. planimetria locali in originale in scala 1:100 in duplice copia
14. attestazione versamento di € 260.00 su c/c 13197033 intestato a "Provincia di Frosinone" - Settore Trasporti causale: Istanza Autorizzazione AGENZIA.
15. attestazione di versamento di € 150,00 su c/c 13197033 intestato a "Provincia di Frosinone" – Settore trasporti causale: richiesta di sopralluogo per apertura AGENZIA.
16. Copia del versamento del contributo "una tantum" di Euro 25,82 di cui all'art. 8 comma 4 della Legge n. 264/1991 e al D.M. 26 aprile 1996
17. N. 1 marca da bollo di euro 14,62 da apporre sull'autorizzazione (portare all'atto del ritiro)