

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

### COMUNICAZIONE TRASFERIMENTO LOCALI

#### 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. \_\_\_\_\_

nonché dello Studio di consulenza denominato

Studio di consulenza :

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

n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

### QUADRO B: ISTANZA

di poter **trasferire la sede** dello studio di consulenza

dai locali ubicati nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

ai locali ubicati nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

il rilascio di una nuova autorizzazione, in sostituzione della precedente, per lo svolgimento dell'attività di studio di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto.

**Restituisce autorizzazione in originale**

## DICHIARA

### QUADRO C: 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. 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”*

- o **Allega planimetria in originale - pianta e sezione in scala 1:100 quotata, corredata dai relativi 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 I: CONTRIBUTO RIMBORSO SPESE

di aver provveduto a versare alla Provincia di Frosinone il **contributo “rimborso spese sopralluogo” di euro 150,00**

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.

### RIEPILOGO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Copia contratto locazione o atto proprietà dei locali
- Originale dell'autorizzazione
- Certificato di Agibilità
- Planimetria locali in originale in scala 1:100
- Attestazione di versamento di € 150, 00 su c/c 13197033 intestato a "Provincia di Frosinone" Settore trasporti causale: richiesta di sopralluogo Agenzia.

### **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.