

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 PROSEGUIMENTO PROVVISORIO 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 dell'erede; avente causa; socio o amministratore

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

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

Codice Fiscale _____

residente a _____ (prov. _____)

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

recapito telefonico a cui desidera essere contattato _____

e-mail _____

- **Allega documento di identità personale in corso di validità**

DICHIARA DI :

QUADRO B: REQUISITI EX ART. 4 LEGGE 11/1994

se impresa individuale, **essere:**

erede del titolare avente causa del titolare

se società, **essere:**

socio amministratore

dell' Impresa in possesso dell'autorizzazione della Provincia di Frosinone N. _____

rilasciata in data ____/____/____ ed avente la seguente denominazione:

con sede in _____ via _____

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

e-mail _____

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

e per questa rilasciata alla/al sig.ra/sig.:

Cognome _____ Nome _____

per lo Studio di consulenza:

denominato:

con sede in _____ (____) via _____ n. _____

tel. _____ fax. _____ e-mail _____

CHIEDE :

QUADRO C: ISTANZA AI SENSI DELL'ART. 4 LEGGE 11/1994

1. **di poter proseguire provvisoriamente** l'attività di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto rilasciata in data ____/____/____ per un periodo di mesi____ (massimo 12)

per i seguenti motivi inerenti il titolare dell'impresa individuale o socio/amministratore in possesso dell'attestato di idoneità professionale:

Decesso

Sopravvenuta incapacità fisica

o **Allega relativa documentazione**

2. la **proroga dell'esercizio provvisorio** dell'attività di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto rilasciata in data ____/____/____ per un periodo di mesi____ (massimo 12)

Frosinone ____/____/____

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.