
	<p>Amministrazione destinataria Provincia di Siena</p> <p>Ufficio destinatario Ufficio Protocollo</p>	
--	---	--

Domanda di autorizzazione al proseguimento dell'attività per studio di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto

Il sottoscritto											
Cognome				Nome				Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale											
Tipologia											
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

CHIEDE

il proseguimento dell'attività

<input type="radio"/>	per decesso del titolare, socio, amministratore
<input type="radio"/>	sopravvenuta incapacità fisica del titolare, socio, amministratore

per il seguente periodo di tempo

Periodo

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere in possesso dell'attestato di idoneità professionale per l'esercizio dell'attività di studi di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto

Numero	Conseguito in data	Rilasciato da

- di non espletare l'attività presso altri studi di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto
- di non essere interdetto giudizialmente
- di non essere inabilitato
- di non essere stato sottoposto a misure amministrative di sicurezza personali od a misure di prevenzione
- di non essere stato dichiarato fallito, ovvero che non sia in corso, nei suoi confronti, un procedimento per dichiarazione di fallimento

<input type="checkbox"/>	di non aver riportato condanne per delitti contro la pubblica amministrazione
<input type="checkbox"/>	di aver riportato le seguenti condanne
Descrizione	
Sentenza definitiva di riabilitazione numero	In data

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria
<input checked="" type="checkbox"/>	pagamento dell'imposta di bollo
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Siena		
Luogo	Data	Il dichiarante