



Amministrazione destinataria  
 Provincia di Siena  
  
 Ufficio destinatario  
 Ufficio trasporti e TPL



## Domanda per l'ottenimento dell'autorizzazione per il trasferimento della sede operativa dell'officina di revisione

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

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione alla continuità nell'esercizio dell'attività di revisione per intervenuto trasferimento dell'officina dall'attuale sede

Vecchia sede									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Nuova sede operativa									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

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

#### dati dell'impresa

Denominazione/Ragione sociale						Tipologia			
<input type="text"/>						<input type="text"/>			
Sede legale									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				

Registro delle imprese o albo delle imprese artigiane	Dalla data
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- dichiaro che l'impresa è iscritta alla C.C.I.A.A. per tutte le attività previste dalla legge del 05.02.1992 n. 122, art. 1 comma 3: meccatronica (meccanica motoristica ed elettrauto) - carrozzeria - gommista

#### onorabilità

Elenco delle persone da verificare ai requisiti del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159

<b>sogetto</b>									
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
<input type="text"/>			<input type="text"/>				<input type="text"/>		
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

<input type="checkbox"/> <b>ulteriore soggetto</b>									
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
<input type="text"/>			<input type="text"/>				<input type="text"/>		
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

<input type="checkbox"/> <b>ulteriore soggetto</b>									
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
<input type="text"/>			<input type="text"/>				<input type="text"/>		
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

**ulteriore soggetto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	

 **ulteriore soggetto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	

**disponibilità dei locali**

che i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione sono di proprietà

Proprietà di	Conservatoria di	In data	Al numero

che i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione sono in locazione con contratto registrato presso l'ufficio atti privati

Ufficio atti privati di	In data	Al numero	Con validità fino al

altro (specificare)

**agibilità dei locali**

che i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione sono agibili

Dichiarazione di agibilità numero	Dal comune di	In data

che i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione sono agibili essendo maturato il silenzio-assenso previsto dal D.P.R. 22/04/1994 n. 425, in quanto trascorsi 45 giorni dalla data di presentazione della richiesta di agibilità fatta

Costruiti in data	Dal comune di	In data

che i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione non possono ottenere dal Comune la certificazione di agibilità

Costruiti in data

**pertanto allega la dichiarazione dell'ingegnere o architetto di non agibilità**

**autorizzazione sanitaria locali**

di aver ottenuto l'autorizzazione sanitaria di esercizio dell'attività

In data	Dal Comune o asl di riferimento

di aver presentato il rilascio dell'autorizzazione sanitaria di esercizio dell'attività

In data	Dal Comune o asl di riferimento

che non è previsto dal regolamento il rilascio dell'autorizzazione sanitaria

Comune di

## igiene e sicurezza dei lavoratori

<input type="radio"/>	che i locali sono conformi alle norme e ai regolamenti vigenti in materia di sicurezza ai fini dell'igiene e della sicurezza dei lavoratori						
	<table border="1"><thead><tr><th>Data ottenimento certificazione</th><th>Protocollo numero</th><th>Asl di</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Data ottenimento certificazione	Protocollo numero	Asl di			
Data ottenimento certificazione	Protocollo numero	Asl di					
<input type="radio"/>	di avere ottemperato a quanto previsto dall'art. 10 comma 2 del D.Lgs. 626/94 e successive modifiche e integrazioni e che nei locali stessi sono rispettate le norme di sicurezza ai fini dell'igiene e della sicurezza dei lavoratori previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti poiché						
<input type="radio"/>	è stato redatto il documento di valutazione del rischio ai sensi dell'art. 4 comma 11 del D.Lgs. 626/94 e che lo stesso può essere visionato in caso di richiesta						
<input type="radio"/>	non è stato redatto, ai sensi dell'art. 4 comma 11 del D.Lgs. 626/94 il documento di valutazione del rischio in quanto l'impresa ha un numero di dipendenti fino a 10 ma è stata effettuata la valutazione dei rischi e si è ottemperato agli obblighi ad essa collegati						
<input type="radio"/>	sono stati trasmessi gli atti e i documenti previsti dall'art. 10 comma 2 del D.Lgs. 626/94 al seguente organo di vigilanza						
	<table border="1"><thead><tr><th>Organo di vigilanza</th></tr></thead><tbody><tr><td></td></tr></tbody></table>	Organo di vigilanza					
Organo di vigilanza							

## prevenzione incendi

<input type="radio"/>	che nei locali dell'officina ed in quelli destinati all'attività di revisione sono rispettate le norme di prevenzione incendi avendo ottenuto				
	<table border="1"><thead><tr><th>In data</th><th>Nulla osta provvisorio numero</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	In data	Nulla osta provvisorio numero		
In data	Nulla osta provvisorio numero				
<input type="radio"/>	che i locali dell'officina destinati all'attività di revisione hanno una superficie disponibile non superiore a 300 mq				
<input type="radio"/>	che i locali dell'officina destinati all'attività di revisione hanno una superficie disponibile compresa fra i 300 mq ed i 1000 mq, e di avere presentato apposita SCIA al Comando Provinciale dei vigili del Fuoco				
	<table border="1"><thead><tr><th>Comando dei vigili del fuoco</th><th>In data</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Comando dei vigili del fuoco	In data		
Comando dei vigili del fuoco	In data				
<input type="radio"/>	che i locali dell'officina destinati all'attività di revisione hanno una superficie disponibile superiore a 1000 mq (dimostrazione della certificazione CPI)				

## attrezzature

- di essere in possesso di tutte le attrezzature di cui all'art. 241 dell'appendice X al Titolo III del D.P.R. 16/12/1992 n. 495 "Regolamento di esecuzione del Codice della Strada" così come modificato dal DPR 360/05.06.2001

**pertanto allega l'elenco di tutte le attrezzature**

## responsabili tecnici

<input type="checkbox"/>	che i responsabili tecnici (in possesso dei requisiti di cui all'art. 240 del DPR 495/1992) della sede operativa per la quale si richiede l'autorizzazione saranno																					
	<table border="1"><thead><tr><th>Cognome</th><th>Nome</th><th>Tipo di rapporto con l'impresa</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Cognome	Nome	Tipo di rapporto con l'impresa																		
Cognome	Nome	Tipo di rapporto con l'impresa																				
	<b>pertanto allega per ogni tecnico il modello RT</b>																					

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | attestazione di affidamento relativa alla capacità finanziaria  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | dichiarazione sostitutiva di notorietà e l'impegno a comunicare qualsiasi variazione inerente il proprio rapporto di lavoro   |
| <input type="checkbox"/>            | idonea documentazione atta a dimostrare rapporto del tecnico di lavoro con l'impresa di autoriparazione, del consorzio o della società consortile, in maniera continuativa ed esclusiva<br><i>Nel caso in cui il responsabile tecnico sia un dipendente</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | planimetria con indicazione della scala di lettura e delle quote dei locali in cui verranno effettuate le operazioni di revisione   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | elenco attrezzature da compilarsi su carta intestata e firmato dal richiedente; per ogni singola attrezzatura dovrà essere indicato anche: il tipo, la casa costruttrice, il n. di omologazione, il n. di serie   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia dell'attestato di idoneità professionale di ogni responsabile tecnico e copia diploma di perito industriale, di geometra o di maturità scientifica ovvero diploma di laurea o di laurea breve in ingegneria   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | certificato di conformità alle leggi per le apparecchiature di sollevamento   |
| <input type="checkbox"/>            | dichiarazione dell'ingegnere o architetto di non agibilità  |
| <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<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>   |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)  |

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- 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