



Amministrazione destinataria  
 Provincia di Siena  
  
 Ufficio destinatario  
 Ufficio trasporti e TPL



## Domanda per la sostituzione del responsabile professionale 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	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
in qualità di <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	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Codice Fiscale					Partita IVA							
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata						

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

la sostituzione del responsabile professionale dello studio di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto ai sensi della normativa vigente.

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

- che cessa le sue funzioni di responsabile professionale

In data		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
pertanto allega l'atto di dimissioni o altro atto di cessazione		

- che viene designato come nuovo responsabile professionale ed è in possesso dell'attestato di idoneità professionale all'esercizio dell'attività di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto

Rilasciato da		In data		Protocollo numero						
Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso								
Posta elettronica ordinaria					Posta elettronica certificata					

- che la persona designata quale responsabile Professionale, riveste all'interno della società la seguente qualifica

Qualifica
<b>pertanto allega la visura camerale</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)

- dichiarazione del nuovo responsabile professionale
- dichiarazione di dimissioni o altro atto di cessazione delle funzioni di responsabile professionale
- visura camerale
- ricevuta di pagamento dei diritti di segreteria
- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- 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