

**SOSPENSIONE TEMPORANEA ATTIVITA' DI AGENZIA DI CONSULENZA  
PER LA CIRCOLAZIONE DEI MEZZI DI TRASPORTO**

**ATTENZIONE:** Questo modulo contiene dichiarazioni sostitutive ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 445/2000. Il sottoscrittore è consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni false, le falsità in atti, l'uso o l'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 procederà ai controlli previsti dall'art.71 D.P.R. 445/2000.

**QUADRO A) - DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA**

Il sottoscritto .....  
nato a .....prov. .... il .....  
codice fiscale /...../  
e residente in .....prov. .... CAP. ....  
via/c.so/p.zza .....  
cittadinanza .....tel. ....  
cell. .... fax ..... e-mail. ....@.....

**QUADRO B) - DATI DELL'AGENZIA DI CONSULENZA**

In qualità di  
 TITOLARE dell'autoscuola (se esercitata nella forma di impresa individuale)  
 LEGALE RAPPRESENTANTE dell'Agenzia di consulenza (se svolta nella forma di impresa societaria)  
dell'impresa .....  
....., avente sede legale nel comune di .....  
via/c.so/p.zza .....  
codice fiscale/partita IVA dell'impresa....., iscritta al Registro delle  
imprese presso la C.C.I.A.A. di ..... al n. .... dal .....  
tel. .... fax ..... e-mail.....@.....  
P.E.C. ....@.....  
che esercita sulla base : dell'autorizzazione n. .... del .....  
rilasciata dalla Provincia dell'Aquila

**DICHIARA**

(ai sensi e per gli effetti degli artt. 46/47 del DPR 28/12/2000 n. 445)

Che ai sensi del "REGOLAMENTO PER L'AUTORIZZAZIONE E VIGILANZA DELL'ATTIVITA' DI CONSULENZA PER LA CIRCOLAZIONE DEI MEZZI DI TRASPORTO. Approvato con Deliberazione del Consiglio Provinciale n. 19 del 14/06/2001" ART. 10. SOSPENSIONE ATTIVITA' che stabilisce:

1. L'attività può essere sospesa per gravi motivi dal titolare dell'autorizzazione per un periodo massimo di sei mesi, previa comunicazione alla Provincia, che ne prende atto.
2. Dell'avvenuta ripresa dovrà essere data immediata comunicazione scritta alla Provincia e comunque non oltre 5 giorni dalla ripresa stessa.
3. Qualora trascorsi i sei mesi l'attività non venga ripresa regolarmente, con provvedimento del Dirigente del Settore competente si dichiarerà la decadenza dell'autorizzazione.

intende **SOSPENDERE TEMPORANEMENTE L'ATTIVITA' DI AGENZIA DI CONSULENZA**

dal ..... al .....; (Max 6 mesi)

per i seguenti gravi motivi:

.....  
.....  
.....

- che non eserciterà l'attività durante il periodo di sospensione;

- di impegnarsi a riprendere l'attività entro il termine sopra indicato e comunque entro un periodo non superiore a sei mesi dall'inizio della sospensione;

## ALLEGA A TAL FINE

<input type="checkbox"/>	copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante;
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante la sopravvenuta incapacità fisica del titolare o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/00
<input type="checkbox"/>	Altro: .....

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni false, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza della decadenza dei benefici conseguenti all'emanazione del provvedimento basato su dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR n. 445/2000), di rendere i dati sotto la propria responsabilità e di essere consapevole che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del DPR n. 445/2000.

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI PERSONALI:

Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento ed utilizzo dei dati personali di cui al D.Lgs. 196/2003 e al Regolamento UE n. 2016/679, pubblicata sul sito internet della Provincia dell'Aquila, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica, all'indirizzo:

<https://www.provincia.laquila.it/modulistica/item/1600-modulistica-servizio-trasporti>

Luogo e data

Firma (1)

- (1) Le istanze e le dichiarazioni sostitutive, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, previa esibizione del documento di identità del sottoscrittore, ovvero sottoscritte e presentate **unitamente a copia fotostatica (fronte-retro) non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità**. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo.

Nel caso in cui l'istanza venga consegnata in forma cartacea anziché inviata via PEC allora la firma leggibile dovrà essere apposta su ogni facciata.

### Indicare qui gli estremi dell'eventuale STUDIO DI CONSULENZA AUTOMOBILISTICA che presenta la pratica

Denominazione .....,  
indirizzo .....,  
tel. .... fax ..... e-mail..... @ .....,  
referente .....

### Spazio disponibile per EVENTUALE DELEGA A PRIVATI (diversi dagli intermediari professionali)

Il sottoscritto delega il sig./la sig.ra .....  
nato/a a ..... il ..... a presentare la domanda in sua vece.  
Informa il delegato che è tenuto a produrre all'ufficio ricevente una fotocopia del proprio documento di identità per i controlli previsti dall'art. 9 legge n. 264/1991 (esercizio abusivo dell'attività di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto).

Data ..... Firma del delegante .....

Provincia dell'Aquila, Via Monte Cagno, 3 - 67100 - L'Aquila  
centralino tel 0862-2991 Sito WEB [www.provincia.laquila.it](http://www.provincia.laquila.it)  
(link: <https://www.provincia.laquila.it/modulistica/item/1600-modulistica-servizio-trasporti>)  
E-mail: [trasporti@provincia.laquila.it](mailto:trasporti@provincia.laquila.it)