

*Alla **Provincia dell'Aquila**  
Settore Affari Generali e  
Gestione Risorse Umane  
**Servizio Trasporti**  
Via Monte Cagno, 3  
67100 L'AQUILA*

(La compilazione dei riquadri con l'asterisco è obbligatorio, e gli altri si compilano a seconda dei casi che ricorrono)

**ATTENZIONE: Questo modulo contiene delle autocertificazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 (testo unico sulla documentazione amministrativa).  
Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dall'art. 75 e 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.  
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.**

**Dati anagrafici del titolare/legale rappresentante dell'impresa**

**1) \* Il/la sottoscritto/a**

Cognome .....Nome.....  
nato a ..... prov..... il ..... codice  
fiscale .....  
tel. .... cell. ....

**2) \* Residenza/Cittadinanza**

DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità di essere  
residente a ..... Prov ..... CAP. ....  
Via ..... n° ....  
 di essere cittadino italiano;  
 di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea ma stabilito in Italia;

**3) \* In qualità di**

<input type="checkbox"/> titolare di ditta individuale	<input type="checkbox"/> legale rappresentante (SRL, SPA, ...)
<input type="checkbox"/> amministratore unico	<input type="checkbox"/> presidente del C.d.A.
<input type="checkbox"/> socio amministratore rappresentante dell'impresa (SNC, SAS)	<input type="checkbox"/> altro caso, previsto dalla normativa vigente .....

**4) \* Dati dell'IMPRESA**

dell'impresa/consorzio/società consortile .....  
..... denominazione: .....  
codice fiscale/partita IVA dell'impresa. ...., iscritta al  
Registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. di ..... al n. ....  
dal .....  
e-mail: .....@ .....  
P.E.C.: .....@ .....

5) \* avente:  RESIDENZA del titolare se ditta individuale oppure  SEDE LEGALE se società  
 nel comune di ..... prov. .... ,  
 via/c.so/p.zza .....

6) \* avente SEDE OPERATIVA (cioè la sede dove viene/verrà esercitata l'attività, da autorizzare da parte della Provincia) nel comune

di ..... prov. ....  
 via/c.so/p.zza ..... n° .....  
 tel. .... cell. ....

7) CESSAZIONE Ispettori delle Revisioni

COMUNICA che	
<input type="checkbox"/>	Il/la Sig/Sig.ra Cognome e Nome ..... Qualità o Carica: ..... nato a ..... prov. .... il ..... codice fiscale ..... e residente in ..... cap. .... prov. .... Via ..... N. .... già autorizzato/a come <b>Responsabile Tecnico/Ispettore</b> da codesta Provincia in data .... / .... / ..... .... per la sede operativa dell'impresa sita in ..... Via ..... n. .... NON ESERCITA PIÙ tale compito a partire dal giorno ..... perché: o non fa più parte dell'organico dell'impresa, o altro ..... Se la relativa autorizzazione è scorporata dall'autorizzazione alle revisioni, <input type="checkbox"/> RESTITUISCE LA RELATIVA AUTORIZZAZIONE
<input type="checkbox"/>	Il/la Sig/Sig.ra Cognome e Nome ..... Qualità o Carica: ..... nato a ..... prov. .... il ..... codice fiscale ..... e residente in ..... cap. .... prov. .... Via ..... N. .... già autorizzato/a come <b>Responsabile Tecnico/Ispettore</b> da codesta Provincia in data .... / .... / ..... .... per la sede operativa dell'impresa sita in ..... Via ..... n. .... NON ESERCITA PIÙ tale compito a partire dal giorno ..... perché: o non fa più parte dell'organico dell'impresa, o altro ..... Se la relativa autorizzazione è scorporata dall'autorizzazione alle revisioni, <input type="checkbox"/> RESTITUISCE LA RELATIVA AUTORIZZAZIONE
<input type="checkbox"/>	Il/la Sig/Sig.ra Cognome e Nome ..... Qualità o Carica: ..... nato a ..... prov. .... il ..... codice fiscale ..... e residente in ..... cap. .... prov. .... Via ..... N. ....

<p>già autorizzato/a come <b>Responsabile Tecnico/Ispettore</b> da codesta Provincia in data . . . . / . . . . / . . . . per la sede operativa dell'impresa sita in . . . . .</p> <p>Via . . . . . n. . . . .</p> <p>NON ESERCITA PIÙ tale compito a partire dal giorno . . . . . perché:</p> <p>o non fa più parte dell'organico dell'impresa,</p> <p>o altro . . . . .</p> <p>Se la relativa autorizzazione è scorporata dall'autorizzazione alle revisioni,</p> <p><input type="checkbox"/> RESTITUISCE LA RELATIVA AUTORIZZAZIONE</p>
---

## 8) 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 WEB dell'Ente all'indirizzo:

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

## 9) \* Sottoscrizione dell'istanza

Luogo e data

Firma

.....

### Note:

- 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 (o dichiarazione sostitutiva) venga consegnata forma cartacea, anziché inviata via PEC, la firma leggibile, dovrà essere apposta su ogni facciata.

## 10) – Delega

<b>DELEGA</b>	<p><b>Indicare qui gli estremi dell'eventuale STUDIO DI CONSULENZA AUTOMOBILISTICA che presenta la pratica</b></p> <p>Denominazione . . . . .</p> <p>Sede . . . . . Prov . . . . . CAP. . . . .</p> <p>Indirizzo . . . . .</p> <p>cod. mecc. . . . . tel. . . . . fax . . . . .</p> <p>referente. . . . .</p> <p><b>Spazio disponibile per EVENTUALE DELEGA A PRIVATI (diversi dagli intermediari professionali)</b></p> <p>Il sottoscritto delega il sig./la sig.ra . . . . .</p> <p>nato/a a . . . . . il . . . . .</p> <p>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).</p>			
	<table> <tr> <td><b>Luogo e data</b></td> <td><b>Firma</b></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	<b>Luogo e data</b>	<b>Firma</b>	.....
<b>Luogo e data</b>	<b>Firma</b>			
.....	.....			

*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)*