

Procedimento Automatizzato/ordinario EX D.P.R. 160/2010	<i>Imposta di bollo assolta in modalità virtuale</i>
SUAP del Comune di Medicina	

Oggetto pratica
descrizione sintetica dell'intervento _____ (*)

il/la sottoscritto/a(*)			
nato a			
il		C.F.	
residente a (*)		CAP.(*)	
Indirizzo(*)			Località/frazione
tel.		fax	cellulare
e- mail		PEC mail	

le sezioni seguenti sono da compilare nel caso agisca per conto di altra persona fisica o giuridica da compilare in caso di RAPPRESENTANTE DI SOCIETA':

motivazione della rappresentanza(*)	<input type="checkbox"/> Amministratore unico		
	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante		
	<input type="checkbox"/> Curatore fallimentare		
	<input type="checkbox"/> Liquidatore		
	<input type="checkbox"/> Procuratore		
	<input type="checkbox"/> Istitore		
	<input type="checkbox"/> Amministratore delegato		
	<input type="checkbox"/> Erede		
	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante della comunione ereditaria		
<input type="checkbox"/> Altro			
dell'Impresa(*)			
con sede legale in(*)	(Prov:)	CAP.(*)	
Indirizzo(*)			
tel.		fax	
PEC			
C.F.		P.IVA.	
iscritta alla CCIAA di		n.	
Codice ATECO dell'attività			

da compilare in caso di RAPPRESENTANTE LEGALE DI PRIVATO:

motivazione della rappresentanza(*)		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante di minore <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di adulto interdetto <input type="checkbox"/> Altro	
del Signor(*)			
nato a(*)		(Prov:)	
il(*)		C.F.(*)	
residente a(*)		(Prov:)	CAP.(*)
indirizzo(*)		numero	
Località/frazione			

da compilare in caso di RAPPRESENTANTE DI ENTE/ASSOCIAZIONE:

motivazione della rappresentanza(*)		<input type="checkbox"/> Delegato <input type="checkbox"/> Dipendente con rappresentanza <input type="checkbox"/> Altro	
dell'Impresa(*)			
con sede legale in(*)		(Prov:) CAP.(*)	
indirizzo(*)			
tel.		fax	
PEC			
C.F.(*)		P.IVA.(*)	
informazioni relative all'iscrizione al Registro delle Persone Giuridiche:			
regione		numero	

da compilare in caso di PROFESSIONISTA/ALTRO SOGGETTO MUNITO DI PROCURA:

descrizione qualifica(*)	<input type="checkbox"/> Architetto <input type="checkbox"/> Ingegnere <input type="checkbox"/> Avvocato <input type="checkbox"/> Dottore commercialista <input type="checkbox"/> Geometra <input type="checkbox"/> Soggetto non professionista <input type="checkbox"/> Perito industriale <input type="checkbox"/> Perito agrario <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Operatore associazione di categoria
dati iscrizione all'albo(*)	<input type="checkbox"/> Ordine dei Farmacisti <input type="checkbox"/> Ordine degli architetti <input type="checkbox"/> Collegio dei geometri <input type="checkbox"/> Ordine dei giornalisti <input type="checkbox"/> Ordine degli infermieri (di prossima attuazione) <input type="checkbox"/> Ordine dei geologi <input type="checkbox"/> Ordine dei consulenti del lavoro <input type="checkbox"/> Consiglio nazionale dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Collegio dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Collegio periti agrari e periti agrari laureati <input type="checkbox"/> Albo dei dottori agronomi e dottori forestali <input type="checkbox"/> Albo unico dei promotori finanziari <input type="checkbox"/> Ordine dei medici <input type="checkbox"/> Ordine degli psicologi <input type="checkbox"/> Ordine dei dottori commercialisti <input type="checkbox"/> Ordine degli avvocati <input type="checkbox"/> Ordine dei notai

<input type="checkbox"/> Ordine degli ingegneri <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Iscrizione all'albo non richiesta				
n.albo(*)		provincia iscrizione(*)		Data iscrizione(*)

In virtù della procura speciale conferita dal soggetto delegante e titolare della pratica e allegata alla presente istanza / scia per la compilazione, sottoscrizione e invio della stessa

sottoscritta il(*)		e custodita in originale presso(*)	
--------------------	--	------------------------------------	--

Dati del soggetto delegante e titolare della pratica:

da compilare nel caso il titolare sia PERSONA FISICA:

nome e cognome(*)				
nato a(*)				
il(*)		C.F.(*)		
residente a(*)		(Prov:)	CAP.(*)	
indirizzo(*)				

da compilare nel caso il titolare sia PERSONA GIURIDICA:

denominazione(*)				
con sede legale in(*)		(Prov:)	CAP.(*)	
indirizzo(*)				
tel.		fax		
PEC				
C.F.(*)		P.IVA.(*)		
iscritta alla CCIAA di		n.		

dati rappresentante legale:

nome e cognome		C.F.	
----------------	--	------	--

RICHIEDE Autorizzazione alla revisione della Patente di abilitazione all'impiego di gas tossici	Oggetto Domanda di REVISIONE della Patente di abilitazione all'impiego di gas tossici
---	--

Consapevole che le dichiarazioni false, la redazione o l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera o, nel caso di SCIA, l'applicazione delle sanzioni penali di cui all'art. 19, comma 6, della legge 241/1990,

D I C H I A R A

<i>Al Comune di Medicina</i>
per: Domanda di REVISIONE della Patente di abilitazione all'impiego di gas tossici

di chiedere, ai sensi dell'art. 27 del R.D. 9 gennaio 1927, n. 147:
la revisione della patente di abilitazione all'impiego dei gas

tossici n. (indicare):	
<input type="radio"/> rilasciata in data	
indicare data rilascio:	
<input type="radio"/> revisionata in data	
indicare data revisione:	
indicare ente rilascio:	
per l'impiego dei seguenti gas tossici (indicarli)	

ai sensi dell'art.3 del DM 10 novembre 2011, che disciplina le modalità di pagamento di assolvimento dell'obbligo di imposta di bollo (ex DPR 642/1972) sulle domande on line rivolte ai SUAP, che	
la marca da bollo ha il seguente identificativo:	

di avere annullato la stessa apponendovi la firma autografata e la data di invio della domanda, dichiara inoltre che conserva l'originale a disposizione dell'ente di controllo.	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

n.b. Si ricorda che alle ONLUS spetta l'esenzione sulle imposte di bollo

ATTENZIONE: in seguito alla L.R.4/2008 ed al Regolamento Regionale 23 dicembre 2008, n. 2 "Regolamento di semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute", IL CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITÀ FISICHE PER L' UTILIZZO DEI GAS TOSSICI NON DEVE PIÙ ESSERE PRESENTATO.

dichiara inoltre:	
<input type="radio"/>	di non avere riportato condanne penali
<input type="radio"/>	di avere riportato condanne penali (precisare sotto)
indicare le condanne penali riportate:	

dichiara inoltre:	
<input type="radio"/>	di non essere a conoscenza di procedimenti penali in corso nei propri confronti
<input type="radio"/>	di essere a conoscenza che sono in corso nei propri confronti i seguenti procedimenti penali (precisare sotto)
indicare i procedimenti penali in corso::	

dichiara anche	
<input type="radio"/>	di non essere sottoposto a misure di prevenzione
<input type="radio"/>	di essere sottoposto alle seguenti misure di prevenzione: (precisare sotto)
indicare le misure di prevenzione:	

ALLEGA

per: Domanda di REVISIONE della Patente di abilitazione all'impiego di gas tossici
Documento
patente da revisionare
fotografie formato tessera di data recente firmate (qualora sulla patente da revisionare non ci sia più spazio per annotare la nuova revisione)

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati forniti e dichiara di essere previamente informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003, che i dati personali forniti saranno trattati dall'Ufficio ricevente esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale i dati sono resi, e che potranno essere comunicati ad altri soggetti, anche con mezzi informatici, solo per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano.

Dichiara, altresì, di essere informato che in ogni momento potrà esercitare i diritti previsti all'articolo 7 del summenzionato decreto legislativo.

Data presentazione: :

FIRMA

