

**ISTANZA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' DI REVISIONE DEI VEICOLI (modello
impresa/consorzio)**

Bollo
vigente

ALLA PROVINCIA DI FOGGIA
 Ufficio Trasporti
 Via Telesforo, 25
 71122 - FOGGIA

Quadro A)- Dati anagrafici del titolare o del legale rappresentante dell'impresa/consorzio

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ (____) il _____ codice fiscale _____
 _____ residente in _____ (____) via _____
 _____ n. _____
 C.A.P. _____ in qualità di titolare/legale rappresentante del **Centro di Revisione** denominato:

 partita IVA _____
 sede legale in _____ (____) via _____
 n. _____ C.A.P. _____;

CHIEDE**Quadro B)- ISTANZA**

La **sospensione dell'attività di revisione** dal _____ al _____
 della **sede operativa** sita in

_____ (____)
 via _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____ fax _____.

Autorizzata con provvedimento n. _____ / _____ rilasciato da:

_____ in data _____

in quanto:

A TAL FINE DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

- ☐ Che nulla è variato rispetto alle altre condizioni relative all'autorizzazione suddetta

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali e amministrative previste dall'art. 76 del D.P.R. 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 D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000.

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che:

- Il trattamento dei dati raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza tutelando la riservatezza dell'interessato.
- I dati forniti saranno utilizzati dal Servizio Trasporti della Provincia di Foggia per lo svolgimento delle finalità istituzionali della Provincia in materia di autorizzazione all'esercizio dell'attività di revisione e per finalità strettamente connesse (complementari ed integrative), in relazione al procedimento amministrativo per il quale essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti.
- Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatizzata e telematica.
- Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle predette finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati e diffusi, per le stesse finalità di carattere istituzionale, ad altri soggetti eventualmente coinvolti nel procedimento.
- Titolare del trattamento è la Provincia di Foggia e responsabile del trattamento è il Dirigente del Settore "Mobilità e Promozione Turistica".
- L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003 N° 196.

Data _____

Firma (*)

(*) La sottoscrizione dell'istanza e delle dichiarazioni sostitutive allegate, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N° 445 non è soggetta ad autenticazione quando la firma viene apposta in presenza del dipendente addetto, previa esibizione del documento di identità del sottoscrittore. In alternativa, l'istanza può anche essere spedita per mezzo del sistema postale e deve essere accompagnata dalla fotocopia (fronte-retro) leggibile di un documento di identità o di riconoscimento equipollente, non scaduto.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Il sottoscritto _____ dipendente dell'Amministrazione Provinciale di Foggia attesta che:

- ☐ la firma in calce alla domanda è stata apposta in sua presenza in data _____;
- ☐ il sottoscrittore è stato identificato a mezzo esibizione di _____ rilasciata da _____ in data _____

TIMBRO E FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO

SPAZIO PER EVENTUALE DELGA A PRIVATI

____ I ____ sottoscritt _____ delega a presentare la
domanda in sua vece il Sig. _____ nato a
_____ il _____ e residente a
_____.

Informa il delegato che è tenuto a produrre all'ufficio ricevente una fotocopia del proprio documento di identità
per i controlli previsti dalla legge.

_____ lì _____

firma _____

SPAZIO PER L'UFFICIO

Cognome e nome del delegato _____

Indirizzo _____ estremi del

documento di riconoscimento _____

TIMBRO E FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO
