

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO EX D.P.R. 160/2010	<i>Imposta di bollo assolta in modalità virtuale</i>
 SUAP Unione di Comuni della Romagna forlivese Comune di _____	

Oggetto pratica					
DENOMINAZIONE ATTIVITA'					
<input type="radio"/>	Agricoltura(*)	<input type="radio"/>	Artigianato(*)	<input type="radio"/>	Commercio in sede fissa e forme speciali di vendita(*)
<input type="radio"/>	Agenzia di viaggi e turismo(*)	<input type="radio"/>	Agenzia d'affari(*)	<input type="radio"/>	Animali da Compagnia(*)
<input type="radio"/>	Impianti di distributori di carburante(*)	<input type="radio"/>	Somministrazione di alimenti e bevande(*)	<input type="radio"/>	Spettacoli e Trattenimenti(*)
<input type="radio"/>	Strutture Ricettive dirette all'ospitalità(*)	<input type="radio"/>	Vendita di quotidiani e periodici(*)	<input type="radio"/>	Vendita di funghi spontanei e di funghi porcini secchi sfusi(*)
<input type="radio"/>	Commercio su aree pubbliche (*)	<input type="radio"/>	Installazione ed esercizio di giochi leciti, di cui agli artt.110 e 86 del TULPS e Sala Giochi(*)	<input type="radio"/>	Mercati all'ingrosso(*)
<input type="radio"/>	Edilizia(*)	<input type="radio"/>	Ambiente(*)	<input type="radio"/>	Notifiche Sanitarie AUSL(*)
Specificare il tipo d'intervento, oppure in caso di integrazione inserire il numero di protocollo o codice telematico dell'istanza iniziale				(*)	
Ubicazione, Via:		(*)	Numero civico:		(*)

il/la sottoscritto/a(*)					
nato a(*)		(Prov:)			
il(*)			cod.Fiscale(*)		
residente nel Comune di <small>(Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)</small>				(Prov:)	CAP(*)
sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria(*)					
tel. (*)				fax	
PEC (*)					

le sezioni seguenti sono da compilare nel caso agisca per conto di altra persona fisica o giuridica

da compilare in caso di **Legale rappresentante di società/Titolare di impresa individuale**:

a titolo di (*)	<input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE <input type="checkbox"/> TITOLARE DITTA INDIVIDUALE
-----------------	---

				[] ALTRO	
denominazione/ragione sociale(*)					
con sede in(*)		(Prov:)		CAP.(*)	
indirizzo(*)					
telefono				fax	
eMail					
cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*)				P.IVA.	
iscrizione al Registro imprese di				num.	
codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza					

da compilare in caso di **Legale rappresentante di privato**:

a titolo di(*)		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante di minore <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di adulto interdetto <input type="checkbox"/> Altro			
nome e cognome(*)					
nato a(*)					(Prov:)
il(*)		stato di nascita(*)			
cittadinanza(*)			cod.fiscale(*)		
residente nel Comune di(*)		(Prov:)		CAP.(*)	
località/frazione					
indirizzo(*)					

da compilare in caso di **Rappresentante di altro ente/associazione - (inclusi enti no profit)**:

motivazione della rappresentanza(*)		<input type="checkbox"/> Delegato <input type="checkbox"/> Dipendente con rappresentanza <input type="checkbox"/> Altro			
dell'ente rappresentato(*)					
con sede in(*)		(Prov:)		CAP.(*)	
indirizzo(*)					
località/frazione					
telefono				fax	
eMail					
cod.Fiscale o Identificativo Straniero(*)				P.IVA.	

informazioni relative all'iscrizione al Registro regionale delle Persone Giuridiche:

regione		numero iscrizione al Registro regionale			
---------	--	---	--	--	--

da compilare in caso di **Professionista/associazione di categoria/altro soggetto munito di procura/in qualità di delegato dal procuratore (delegato dal procuratore SOLO per impianti radioelettrici per telefonia mobile)**:

descrizione qualifica		<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> OPERATORE DI ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA <input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA			
iscritto all'albo		[] 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"/> 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
--

numero albo		prov. di iscrizione		data iscrizione	
-------------	--	---------------------	--	-----------------	--

Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente <input type="checkbox"/> Istanza <input type="checkbox"/> Segnalazione <input type="checkbox"/> Comunicazione <input type="checkbox"/> Altro
--

tramite	l'atto di procura speciale
---------	----------------------------

sottoscritto il		custodito presso	la sede dell'associazione/lo studio del professionista/la sede dello studio professionale associato e allegato alla presente istanza
-----------------	--	------------------	--

per conto di:

da compilare nel caso il titolare sia **Privato**:

nome e cognome (*)					
nato a(*)					(Prov:)
il (*)			cod.Fiscale (*)		
residente in (*)				(Prov:)	CAP.(*)
indirizzo (*)					

da compilare nel caso il titolare sia **Impresa (impresa individuale, società di persone, società di capitali, società cooperative)**:

denominazione/ragione sociale (*)						
con sede in (*)					(Prov:) CAP. (*)	
indirizzo (*)						
telefono				fax		
eMail						
cod.Fiscale (*)			P.IVA.			
provincia di iscrizione al registro imprese				num.		

dati rappresentante legale o titolare

nome e cognome(*)		cod.Fiscale(*)	
nato a (*)	(Prov:)	in data (*)	
residente a (*)	(Prov:)	CAP (*)	
indirizzo (*)			

RICHIEDE	Oggetto
Domanda per il servizio di noleggio con conducente per il trasporto di infermi mediante autoambulanza	Domanda di autorizzazione per lo svolgimento del servizio di noleggio con conducente per il trasporto di infermi mediante autoambulanza

Scelte effettuate per la compilazione

Settore: Taxi, noleggio con conducente di auto

Operazioni:
Aprire l'attività di servizio noleggio con conducente con autoambulanza

Interventi:
Domanda di autorizzazione per lo svolgimento del servizio di noleggio con conducente per il trasporto di infermi mediante autoambulanza

Procedimenti:
Domanda per il servizio di noleggio con conducente per il trasporto di infermi mediante autoambulanza

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e 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,

D I C H I A R A

Al Comune di Forlì

per: Domanda di autorizzazione per lo svolgimento del servizio di noleggio con conducente per il trasporto di infermi mediante autoambulanza

ai sensi della normativa di settore e successiva normativa di attuazione		
di essere in possesso della patente tipo B n.		(*)
rilasciata in data		(*)
e del certificato KB n.		(*)
rilasciato dal Ministero dei Trasporti - Dipartimento Trasporti Terrestri - Ufficio Provinciale in data		(*)

di disporre di rimessa o di altro spazio atto a consentire il ricovero del veicolo fuori servizio							
con ubicazione a	(*)	via/corso/piazza	(*)	n.	(*)		(*)

e che nel sito adibito a rimessaggio sono rispettate le norme tecniche vigenti in materia di prevenzione incendi, specifiche per tale tipologia di attività, benchè non soggette agli adempimenti in cui al D.P.R. 151/2011, nonchè le norme tecniche in materia di sicurezza.

PER PRESA VISIONE(**)

- di non avere trasferito precedentemente autorizzazione per il servizio di noleggio con conducente negli ultimi cinque (5) anni;

- di non essere titolare di licenza per l'esercizio del servizio taxi

PER PRESA VISIONE(*)

che per lo svolgimento del servizio ha in disponibilità a titolo di

proprietà(*)

leasing(*)

altro(*) (specificare) (*)

ambulanza tipo	(*)	con numero di targa	(*)	numero di telaio	(*)
-------------------	-----	------------------------	-----	---------------------	-----

per la quale ha ottenuto l'autorizzazione sanitaria rilasciata dal Comune di	(*)
--	-----

in data	(*)	provvediment o n.	(*)	Prot. n.
---------	-----	----------------------	-----	----------

che l'ambulanza risponde alle caratteristiche costruttive tecniche previste dal D.M. 17/12/1987, n. 553 e s.m.

PER PRESA VISIONE(**)

che l'ambulanza ai sensi dell'art. 1 del D.M. 17/12/1987, n. 553 è di tipo (specificare)	(*)	, attrezzata per il trasporto di (specificare)	(*)
--	-----	--	-----

di essere iscritto al

ruolo dei conducenti di cui all'art. 6 della Legge 15 gennaio 1992, n. 21, posizione n.	(*)	del	(*)
--	-----	-----	-----

che l'attività di cui alla presente domanda verrà espletata nel rispetto della specifica normativa di settore e di ogni altre norma legislativa o regolamentare applicabile alla materia

relativamente all'assolvimento dell'imposta di bollo, dichiara:

di aver assolto all' imposta di bollo mediante:

la facoltà prevista dall'articolo 3 del Decreto Ministeriale 10/11/2011 e artt. 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, e pertanto dichiara di aver assolto all'imposta mediante il seguente(*)

contrassegno telematico (marca da bollo)	numero	(*)	emesso in data	(*)
---	--------	-----	----------------	-----

e che la stessa è stata annullata per la presentazione dell'istanza, impegnandosi a conservare l'originale della marca da

bollo			
<input type="radio"/>	attraverso il modulo F23 dell'Agenzia delle Entrate con il codice tributo 456T, allegando pertanto la scansione della ricevuta di pagamento(*)		
<input type="radio"/>	essere esente dall'imposta di bollo(*)	in quanto	(*)
di essere cittadino italiano o di altro Stato dell'Unione Europea ovvero di altro Stato che riconosca ai cittadini italiani il diritto di prestare attività per servizi analoghi			

di essere esente dagli impedimenti soggettivi previsti dalla vigente normativa

di impegnarsi a comunicare al Comune eventuali disposizioni della Prefettura relative a sospensioni della patente o ritiri della carta di circolazione, entro le 24 ore successive alla notifica del provvedimenti medesimi

di essere assicurato per la responsabilità civile nei confronti di persone o cose, compresi i terzi trasportati.

che nei propri confronti non sussistono cause di divieto, di decadenza, di sospensione previste dall'art. 67 del DLgs. 159/2011, nè l'applicazione delle misure di prevenzione previste dall'articolo 6 del DLgs. 159/2011

I DOCUMENTI INVIATI IN ALLEGATO, devono essere firmati digitalmente e forniti nei seguenti formati: -1) ".pdf" - 2) ".zip" nel caso in cui devono essere inviati piu' file .pdf firmati digitalmente nella stessa cartella. I DOCUMENTI INVIATI IN ALLEGATO CHE SONO DICHIARAZIONI DI TERZI possono essere sottoscritti con firma autografa dal dichiarante e trasformati in copia informatica di formato .pdf, in questi casi, deve essere sempre allegata la copia informatica di un documento di identita' valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa. Nel caso in cui il SUAPER telematico non accetti la documentazione per le restrizioni di "Dimensione massima" la documentazione puo' essere depositata presso lo sportello unico a mezzo di CD.

Dati operatore

Nome:	Anonimo
Cognome:	Anonimo
Codice fiscale:	NNMNNM70A01H536W
Indirizzo e-mail:	

Dati accreditamento

Tipo qualifica:	Utente
Descrizione:	-----

ALLEGA

per: Domanda di autorizzazione per lo svolgimento del servizio di noleggio con conducente per il trasporto di infermi mediante autoambulanza
Documento
Certificazione medica, in data non anteriore a tre mesi, attestante che il richiedente non è affetto da malattie incompatibili con l'esercizio dell'attività di noleggio con conducente
Copia del documento d'identita' in corso di validita' ai sensi del DPR 445/2000 (solo per chi non firma digitalmente la comunicazione)

Documentazione obbligatoria relativa all' assolvimento dell'imposta di bollo da € 16,00
Dichiarazione di altri (amministratori, soci) in base alla nuova normativa antimafia
Copia della carta di soggiorno o del permesso di soggiorno con idonea motivazione, in corso di validita', (se il permesso scade entro 30 giorni, allegare copia della ricevuta della richiesta di rinnovo)
Copia del documento d'identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445 art.38 di altre persone (amministratori, soci) indicate all'art. 2 DPR 252/1998 (solo per chi non firma digitalmente)

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: 06/09/17