

## ISTANZA PREVENTIVA PER CESSAZIONE /SOSTITUZIONE /NOMINA RESPONSABILE PROFESSIONALE

Alla PROVINCIA DI VICENZA

Area Risorse e Servizi Finanziari  
Servizio Contratti e Fondi di Confine  
Ufficio Trasporti  
Contrà Santi Apostoli, 18  
Vicenza  
provincia.vicenza@cert.ip-veneto.net

La presente richiesta contiene delle **Dichiarazioni Sostitutive** rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 - Testo Unico sulla documentazione amministrativa-. Il sottoscrittore è consapevole delle **Sanzioni Penali e Amministrative** previste dall'art. 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. Il sottoscrittore dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che l'Amministrazione Provinciale procederà ai **controlli** previsti dall'art. 71 del Testo Unico. I controlli saranno svolti su tutte le dichiarazioni presentate.

### DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ recapito telefonico a cui desidera essere contattato \_\_\_\_\_

titolare/legale rappresentante dello studio consulenza automobilistica **impresa/società**:

ragione sociale \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e-mail (**casella PEC**): \_\_\_\_\_

e-mail (ordinaria): \_\_\_\_\_

autorizzato con determinazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

in riferimento alle funzioni di Responsabile Professionale di cui all'art. 4 della Legge n. 264 – 08/08/1991 da nominare presso sede operativa ubicata in:

Comune di: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

(barrare i casi che ricorrono)

☐ di **rilasciare nulla osta alla nomina**, a far data dal \_\_\_\_\_, del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ come Responsabile Professionale presso la sede sopra specificata.

☐ di prendere atto della **cessazione** a far data dal \_\_\_\_\_ dell'esercizio della mansione di responsabile professionale del Sig. \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ esercitante presso la sede sopra specificata e di **rilasciare nulla osta alla sostituzione** presso la stessa sede del Responsabile Professionale di cui sopra con il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il Responsabile Professionale oggetto della presente richiesta è in possesso di attestato di abilitazione professionale ex art. 5 L. 264/1991 conseguito presso in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Il sottoscritto a tal fine dichiara di operare in qualità di:

- ☐ Titolare/legale rappresentante di impresa individuale
- ☐ Socio di società di persone;
- ☐ Socio accomandatario per sas, spa, sapa;
- ☐ Socio amministratore per tutte le altre società;
- ☐ Dipendente *istitutore* con procura registrata;
- ☐ Lavoratore autonomo *istitutore* con procura registrata
- ☐ Collaboratore familiare *istitutore* con procura registrata
- ☐ Altro *istitutore* con procura registrata

Località \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il richiedente:

Firma: \_\_\_\_\_

Allega per il Responsabile Professionale:

1. *dichiarazione sostitutiva requisiti personali e morali sottoscritto dal medesimo e copia di un documento di identità personale in corso di validità*
2. *copia attestato di idoneità professionale*
3. *visura camerale (in caso di società)*
4. *copia procura registrata (nel caso di istitutore)*
5. *copia documentazione attestante il rapporto di lavoro/collaborazione (nel caso di dipendente, collaboratore)*
6. *documento identità del richiedente*