

DOMANDA RINUNCIA AUTORIZZAZIONE PER L'ATTIVITA' DI CONSULENZA PER LA CIRCOLAZIONE DEI MEZZI DI TRASPORTO

Timbro Studio di Consulenza Automobilistica.

**Alla Provincia di Arezzo
Servizio Trasporto Pubblico Locale,
Autoparco, Patrimonio
Ufficio TPL**

protocollo.provar@postacert.toscana.it

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____)

il ____/____/____ residente in _____ (Prov. _____)

Via/C.so/P.zza _____ n. _____ CAP _____

in qualità di _____ dello Studio di Consulenza Automobilistica

denominato _____

Codice Fiscale/Partita IVA _____

con Sede in _____ (Prov. _____)

Via/C.so/P.zza _____ n. _____ CAP _____

in possesso dell'Autorizzazione Provinciale n. _____ del ____/____/____

DICHIARO

di avere cessato l'Attività a far data dal ____/____/____, e pertanto restituisco l'Autorizzazione per l'Esercizio dell'Attività di Consulenza per la Circolazione dei Mezzi di Trasporto rilasciata da codesta Amministrazione Provinciale.

DATA _____

FIRMA _____

Allegati: Originale Autorizzazione per l'Attività di Consulenza per la Circolazione dei Mezzi di Trasporto.

In osservanza all'art.13 del GDPR 2016/679, la Provincia di Arezzo, in qualità di Titolare del trattamento, la invita a leggere il contenuto dell'Informativa integrale disponibile sul sito istituzionale dell'Ente https://provincia.arezzo.it/wp-content/uploads/gdpr/Informativa-GDPR_TPL_autorizzazioni.pdf

EVENTUALE DELEGA A TERZI (DIVERSI DA STUDI DI CONSULENZA)

Il/La Sottoscritto/a _____ in qualità di _____
dell'Impresa _____ delega a presentare la domanda in sua vece il/la
Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ indirizzo _____
estremi di un documento di riconoscimento _____

Informa il Delegato che è tenuto a produrre all'Ufficio ricevente una fotocopia del proprio Documento di Identità per i controlli previsti dalla Legge con particolare riferimento ai controlli di cui all'Art. 9 della L. 267/94 (esercizio abusivo dell'Attività di Consulenza per la Circolazione dei Mezzi di Trasporto).

DATA _____ FIRMA DEL DELEGANTE _____