

**DOMANDA PER ESTENSIONE AUTORIZZAZIONE
(CONSORZIO)**

Imposta di Bollo
da 16,00 €

Eventuale 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 _____
Codice Fiscale _____ in qualità di **(1)** _____
della **(2)** _____
Partita IVA _____ con Sede Legale in _____
Via/C.so/P.zza _____ n. _____ CAP _____

GIA' AUTORIZZATO

per l'effettuazione delle revisioni alle seguenti tipologie di veicoli (segnare i casi che ricorrono):

- Veicoli a motore capaci di contenere al massimo sedici persone compreso il conducente, ovvero con massa complessiva a pieno carico fino a 3,5 tonnellate;
 Veicoli a due ruote;
 Motoveicoli e ciclomotori a tre e quattro ruote.

CHIEDE

L'estensione dell'Autorizzazione per revisionare anche le seguenti tipologie di veicoli (specificare):

All'uopo dichiara che il **(2)** _____

✓ ha Sede Legale in _____
 ✓ ha Sede Operativa in _____
 ✓ è iscritta al Registro o nell'Albo di cui all'art. 10 del D.P.R. 14 dicembre 1999, n. 558, ed esercita effettivamente tutte le attività previste dall'art. 1/3° Legge 5 febbraio 1992, n. 122;
 ✓ è in possesso dei requisiti di cui all'art. 239 del D.P.R. 16 dicembre, n. 495, nonché delle attrezzature di cui all'art. 241 dello stesso D.P.R.;
 ✓ che Ispettore/Responsabile Tecnico della **(2)** _____
 è il Sig. _____ nato a _____ (Prov. _____)
 il ____/____/____ residente in _____ (Prov. _____)
 Via/C.so/P.zza _____ n. _____ CAP _____
 ✓ che l'Ispettore/Responsabile Tecnico è in possesso dei requisiti di cui all'art. 240 del citato D.P.R. n. 495/1992 e ss.mm.ii, così come modificato con D.M. 19 maggio 2017, Prot. n. 214 e ss.mm.ii.

DATA _____

FIRMA _____

(1) Specificare se trattasi di titolare di consorzio o società consortile.

(2) Denominazione del Consorzio.

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____)
il ____ / ____ / ____ residente in _____ (Prov. _____)
Via/C.so/P.zza _____ n. _____ CAP _____
Codice Fiscale _____ nella sua qualità di Legale Rappresentante del (2)

Partita IVA _____ con Sede Legale in _____
Via/C.so/P.zza _____ n. _____ CAP _____

DICHIARA

che il raggruppamento ai fini del rilascio dell'autorizzazione in oggetto è costituito dalle seguenti imprese:

- 1) Denominazione _____
Forma giuridica (*DITTA INDIV., SNC, SAS, SRL, SPA, ...*) _____
N. iscrizione c/o il Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. _____
N. iscrizione di cui al registro ex Legge 122/92 _____
Sede Legale _____
Sede Operativa _____
Attività con cui partecipa al Consorzio _____
- 2) Denominazione _____
Forma giuridica (*DITTA INDIV., SNC, SAS, SRL, SPA, ...*) _____
N. iscrizione c/o il Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. _____
N. iscrizione di cui al registro ex Legge 122/92 _____
Sede Legale _____
Sede Operativa _____
Attività con cui partecipa al Consorzio _____
- 3) Denominazione _____
Forma giuridica (*DITTA INDIV., SNC, SAS, SRL, SPA, ...*) _____
N. iscrizione c/o il Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. _____
N. iscrizione di cui al registro ex Legge 122/92 _____
Sede Legale _____
Sede Operativa _____
Attività con cui partecipa al Consorzio _____
- 4) Denominazione _____
Forma giuridica (*DITTA INDIV., SNC, SAS, SRL, SPA, ...*) _____
N. iscrizione c/o il Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. _____
N. iscrizione di cui al registro ex Legge 122/92 _____
Sede Legale _____
Sede Operativa _____
Attività con cui partecipa al Consorzio _____

DATA _____

FIRMA _____

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____)
il ____ / ____ / ____ residente in _____ (Prov. _____)
Via/C.so/P.zza _____ n. _____ CAP _____
Codice Fiscale _____ in qualità di **(1)** _____
del **(2)** _____
Partita IVA _____ con Sede Legale in _____
Via/C.so/P.zza _____ n. _____ CAP _____

D I C H I A R A
di essere a conoscenza dei requisiti:

- ✓ tecnico professionali dei Consorzi (art. 239 commi 4 e 5 del DPR 495/92 e successive modificazioni ed integrazioni);
- ✓ dei Titolari delle Imprese e degli Ispettori/Responsabili Tecnici (art. 240, comma 1 del D.P.R. 495/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, così come modificato con D.M. 19 maggio 2017, Prot. n. 214 e successive modificazioni ed integrazioni);
- ✓ circa le strumentazioni e attrezzature (appendice X – art. 241 DPR 495/92 e successive modificazioni ed integrazioni).

D I C H I A R A I N O L T R E
di assumersi l'obbligo di comunicare tempestivamente all'Amministrazione Provinciale ogni eventuale variazione con particolare riguardo per i casi di:

- ✓ variazione Ispettore/Responsabile Tecnico (in sostituzione del precedente);
- ✓ variazione Ispettore/Responsabile Tecnico (in aggiunta al precedente);
- ✓ dimissioni dell'Ispettore/Responsabile Tecnico;
- ✓ spostamento delle attrezzature nel locale già autorizzato;
- ✓ trasferimento dell'Officina in altri locali, diversi da quelli già autorizzati;
- ✓ trasferimento della Sede Legale;
- ✓ modifica della composizione del Consorzio e del Raggruppamento;

al fine di richiedere nuova autorizzazione, secondo la normativa vigente.

S I I M P E G N A

infine a comunicare all'Amministrazione Provinciale l'orario di effettuazione delle operazioni di revisioni, nonché – tempestivamente – ogni modifica a detto orario in caso di temporanea assenza o di impedimento dell'Ispettore/responsabile tecnico, essendo parimenti consapevole dell'obbligo del dell'Ispettore/Responsabile Tecnico medesimo di presenziare personalmente tutte le fasi delle operazioni di revisione.

DATA _____

FIRMA _____

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

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà a firma del Titolare o Legale Rappresentante attestante il permanere dei requisiti previsti per il rilascio di Autorizzazione all'effettuazione di revisioni (**mod. B**);
- ✓ Planimetria in duplice copia in scala 1:200, ubicazione delle attrezzature, percorso effettuato dai veicoli, spazi per sosta veicoli; sulla planimetria deve tassativamente risultare indicata sia la superficie totale che l'altezza della porta di ingresso;
- ✓ Elenco in duplice copia delle attrezzature con riferimenti omologativi e numeri di matricola (appendice X, art. 241 Reg., a seconda del caso che ricorre, comma 1 (autoveicoli), 1-bis (autoveicoli e due ruote), 1-ter (due ruote)).

DATA _____

FIRMA _____

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 _____