



	<p><b>ALBO PROVINCIALE DELLE PERSONE FISICHE E GIURIDICHE CHE ESERCITANO L'ATTIVITÀ DI AUTOTRASPORTO DI COSE PER CONTO TERZI DI ROMA</b></p> <p>Prot. n° _____ del _____</p>	<p>MARCA DA BOLLO DA EURO: 14,62</p>
---	--	--

Indicare il n° d'iscrizione all'Albo **RMT/** \_\_\_\_\_ (OBBLIGATORIO)

QUADRO A) DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA/DITTA INDIVIDUALE
IL SOTTOSCRITTO _____
NATO A _____ PROV _____ IL _____
E RESIDENTE IN _____ PROV _____
CAP _____ VIA _____
CODICE FISCALE _____
<input type="radio"/> IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA DI UNO STATO APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA <input type="radio"/> (oppure, se è cittadino di uno Stato <b>non appartenente</b> all'unione europea) REGOLARMENTE RESIDENTE/SOGGIORNANTE IN ITALIA AI SENSI DEL D.P.R. N. 223 DEL 1989 E DEL D.L.GS. 25 LUGLIO 1998, N.256 (T.U. SULLA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE), CON TITOLO DI SOGGIORNO NUMERO _____ RILASCIATO DA _____ SCADE IL _____.

QUADRO B) DATI DELL'IMPRESA
IN QUALITÀ DI _____
DELL'IMPRESA _____
AVENTE SEDE PRINCIPALE NEL COMUNE DI _____ PROV _____
CAP _____ VIA _____
CODICE FISCALE DELL'IMPRESA _____ iscritta alla Camera di Commercio
Industria Artigianato di ROMA con il numero d'iscrizione _____ del _____
TELEFONO _____ CELLULARE _____
FAX _____ E-MAIL _____

**ATTENZIONE:** QUESTO MODULO CONTIENE DELLE **AUTOCERTIFICAZIONI** RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DELLE **SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE** PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI **DICHIARAZIONI FALSE**, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITÀ. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERÀ AI **CONTROLLI** PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.



# COMUNICA

<input type="checkbox"/> <b>QUADRO C - PROSEGUIMENTO PROVVISORIO ATTIVITÀ</b> (ai sensi art. 10 d.lgs. 395/00)	
<input type="checkbox"/> Decesso	<input type="checkbox"/> Incapacità fisica
<input type="checkbox"/> Scomparsa	<input type="checkbox"/> Perdita o diminuzione delle capacità di agire
<p>del Sig./Sig.ra: _____ dalla data del _____</p> <p>C.F. _____ preposto alla “direzione dell’attività, ed in assenza di altra persona dotata del requisito dell’idoneità professionale che possa assumere tale funzione”</p> <p style="text-align: center;"><b>SI RICHIEDE</b></p> <p>il proseguimento dell’esercizio dell’attività (di cui all’art.1 cc. 2 e 3, D.Lgs. 395/2000) e che il Signor/ra _____ possa esercitare, a titolo provvisorio, la direzione dell’attività per il periodo di 12 mesi, dal verificarsi del fatto, sussistendo in capo a quest’ultimo il requisito dell’onorabilità (allegare mod. ON.).</p> <p><b>N.B.</b> la presente comunicazione deve essere inoltrata entro 30 giorni dalla conoscenza del fatto sopra indicato. La mancata comunicazione, entro tale termine, è sanzionata con una sanzione amministrativa pecuniaria da € 1032,91 a € 3098,74 ex art. 19 , c. 1 D.lgs 395/00.</p>	

<input type="checkbox"/> <b>QUADRO D : PERDITA DELL’ONORABILITÀ</b> ( ai sensi art. 11 d.lgs. 395/00)					
<input type="checkbox"/> Non sussiste più il requisito dell’onorabilità, come prescritto dall’art. 5 del d.lgs. 395/00, in capo al Sig./Sig.ra _____ C.F. _____ dalla data del _____ che nell’impresa ricopre il ruolo di <b>PREPOSTO</b> alla direzione dell’attività di trasporto. <u>Si riserva di comunicare, entro un mese dalla data della presente comunicazione il reintegro del requisito dell’onorabilità (allegare mod. ON. e MOD. COM18).</u> <b>N.B.:</b> L’impresa è immediatamente sospesa. L’impresa sarà cancellata se entro un mese dalla data della presente comunicazione non sarà pervenuta, a questo ufficio, comunicazione dell’avvenuto reintegro del requisito. <b>N.B.:</b> La presente comunicazione deve essere inoltrata entro 3 giorni dalla conoscenza del fatto sopra indicato La mancata comunicazione, entro tale termine, è sanzionata con una sanzione amministrativa pecuniaria da € 5164,57 a € 15.493,71 ex art. 19 , c. 2 D.lgs 395/00.	<input type="checkbox"/> Non sussiste più il requisito dell’onorabilità, come prescritto dall’art. 5 del d.lgs. 395/00, in capo al Sig./Sig.ra _____ C.F. _____ dalla data del _____ che nell’impresa ricopre il ruolo di: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> TITOLARE/COLLABORATORE (impresa individuale o familiare)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> SOCIO A RESPONSABILITA’ ILLIMITATA (per società di persone)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE UNICO</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> CONSIGLIERE (membro del consiglio di amministrazione)</td> </tr> </table> <p><u>Si riserva di comunicare, entro un mese dalla data della presente comunicazione il reintegro del requisito dell’onorabilità (allegare mod. ON. e MOD. COM18).</u>  <b>N.B.:</b> L’impresa è immediatamente sospesa. L’impresa sarà cancellata se entro un mese dalla data della presente comunicazione non sarà pervenuta, a questo ufficio, comunicazione dell’avvenuto reintegro del requisito.  <b>N.B.:</b> La presente comunicazione deve essere inoltrata entro 3 giorni dalla conoscenza del fatto sopra indicato La mancata comunicazione, entro tale termine, è sanzionata con una sanzione amministrativa pecuniaria da € 5164,57 a € 15.493,71 ex art. 19 , c. 2 D.lgs 395/00.</p>	<input type="checkbox"/> TITOLARE/COLLABORATORE (impresa individuale o familiare)	<input type="checkbox"/> SOCIO A RESPONSABILITA’ ILLIMITATA (per società di persone)	<input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE UNICO	<input type="checkbox"/> CONSIGLIERE (membro del consiglio di amministrazione)
<input type="checkbox"/> TITOLARE/COLLABORATORE (impresa individuale o familiare)	<input type="checkbox"/> SOCIO A RESPONSABILITA’ ILLIMITATA (per società di persone)				
<input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE UNICO	<input type="checkbox"/> CONSIGLIERE (membro del consiglio di amministrazione)				



<input type="checkbox"/> <b>QUADRO E : PERDITA DELLA CAPACITÀ FINANZIARIA</b> ( ai sensi art. 11 d.lgs. 395/00)	
<input type="checkbox"/>	Che in capo all'impresa è cessato di sussistere il requisito di capacità finanziaria, come prescritto dall'art. 6 del D.lgs. 395/2000 dalla data del _____
<input type="checkbox"/>	Si chiede pertanto la concessione dell'esercizio provvisorio per un periodo di un anno dal _____ al _____ Entro il quale il requisito di cui all'art. 6 del D.lgs 395/2000 sarà di nuovo soddisfatto in modo durevole, sulla base di un piano finanziario che si allega alla presente comunicazione.
Si riserva di comunicare entro 30 giorni dalla data della presente domanda l'indicazione delle modalità di ripristino del possesso del requisito <b>(MOD. COM18)</b> . <b>N.B.:</b> L'impresa sarà cancellata se entro un mese dalla data della presente comunicazione o dallo spirare del termine di esercizio provvisorio (se concesso) non sarà pervenuta, a questo ufficio, altra comunicazione dell'avvenuto reintegro del requisito <b>N.B.:</b> La presente comunicazione deve essere inoltrata entro 3 giorni dalla conoscenza del fatto sopra indicato La mancata comunicazione, entro tale termine, è sanzionata con una sanzione amministrativa pecuniaria da € 1549,37 a € 4648,11 ex art. 19 , c. 3 D.lgs 395/00	

<input type="checkbox"/> <b>QUADRO F - PERDITA DELL'IDONEITÀ PROFESSIONALE</b> ( ai sensi art. 11 d.lgs. 395/00)	
<input type="checkbox"/>	Che in capo all'impresa è cessato di sussistere il requisito di idoneità professionale, in quanto la persona preposta alla direzione dell'attività di trasporto il Sig/Sig.ra _____ C.F. _____ ha cessato di svolgere l'attività presso questa impresa dalla data del _____
In conseguenza ci si riserva di comunicare entro due mesi dalla data della presente comunicazione le modalità di ripristino del presente requisito dell' <b>idoneità professionale (MOD. COM18)</b> . <b>N.B.:</b> L'impresa sarà cancellata se entro due mesi mese dalla data della presente comunicazione non sarà pervenuta, a questo ufficio, altra comunicazione dell'avvenuto reintegro del requisito. <b>N.B.:</b> La presente comunicazione deve essere inoltrata entro 3 giorni dalla conoscenza del fatto sopra indicato La mancata comunicazione, entro tale termine, è sanzionata con una sanzione amministrativa pecuniaria da € 2582,28 a € 7746,85 ex art. 19 , c. 4 D.lgs 395/00	

<input type="checkbox"/> <b>QUADRO G – RICHIESTA SOSPENSIONE DALL'ALBO</b> ( ai sensi art. 11 d.lgs. 395/00)	
Che l'impresa ha interrotto l'attività di impresa e si chiede la sospensione dell'iscrizione all'Albo Autotrasportatori di cose in conto terzi della provincia di Roma per il periodo dal _____ al _____ Si dichiara inoltre che è stata depositata presso la Camera di Commercio, Industria Artigianato di _____ in data _____ la denuncia di sospensione dell'attività dell'impresa omonima.	

LUOGO E DATA

FIRMA (\*\*)

TIMBRO AGENZIA

(\*\*) LA SOTTOSCRIZIONE DI ISTANZE E DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE ALLEGATE NON E' 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 PUO' ANCHE ESSERE CONSEGNATA A MANI DALL'INTERESSATO O DA TERZI DELEGATI, OVVERO SPEDITA PER MEZZO DEL SISTEMA POSTALE GIA' SOTTOSCRITTA E DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DALLA FOTOCOPIA (FRONTE-RETRO) LEGGIBILE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ NON SCADUTO DEL SOTTOSCRITTORE.



**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 30/06/2003, N. 196 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI):**

I dati personali contenuti nella presente domanda verranno trattati al fine dell'istruttoria della presente richiesta. Il trattamento sarà effettuato, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in forma cartacea e con modalità informatizzate. Tali dati sono custoditi su supporti cartacei ed informatici per il tempo necessario al raggiungimento degli scopi per i quali i dati sono trattati ed, in ogni caso, per il tempo strettamente necessario prescritto dalle leggi vigenti per la conservazione degli atti dell'Amministrazione contenenti i dati stessi. Il trattamento e la custodia dei dati stessi avvengono con modalità tali da garantire la riservatezza e la sicurezza, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra. I dati conferiti potranno essere comunicati e diffusi, anche per via telematica, per le stesse finalità di carattere istituzionale, comunque nel rispetto dei limiti previsti dal **D.LGS 30/06/2003, N. 196**. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'accoglimento dell'istanza. Il titolare del trattamento è l'Amministrazione Provinciale di Roma - via IV Novembre, 119/A - 00187 ROMA. Il responsabile del trattamento, anche ai fini del riscontro in caso di esercizio, da parte di questo Ente, dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, è il Direttore pro-tempore del Dipartimento XIV, con sede in Via Pinciani, 22 - 00185 ROMA. Presso il responsabile del trattamento è disponibile l'elenco aggiornato dei responsabili degli altri trattamenti della Provincia di Roma. La S.V. ha il diritto in qualunque momento, contattando il responsabile del trattamento, di ottenere la conferma o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettifica. Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, si ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso e per motivi legittimi, al loro trattamento.

LUOGO E DATA

FIRMA (\*\*)

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO (non scrivere nello spazio sottostante)**

COMMISSIONE DEL \_\_\_\_\_

**PARERE :** FAVOREVOLE     FAVOREVOLE CON RISERVA     SOSPESA     RESPINTA

MOTIVAZIONI : \_\_\_\_\_

**FIRME COMMISSARI:**

COMMISSIONE DEL \_\_\_\_\_

**PARERE :** FAVOREVOLE     FAVOREVOLE CON RISERVA     SOSPESA     RESPINTA

MOTIVAZIONI : \_\_\_\_\_

**FIRME COMMISSARI:**