

5. Requisiti soggettivi.

Il sottoscritto dichiara:

- *di essere in possesso dei requisiti morali necessari per l'esercizio delle attività richiesta previsti dal R.D 147/1927;*

- *di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;*

Eventuali annotazioni in merito:

- *di non aver riportato provvedimenti amministrativi definitivi;*

- *in caso di società o organismi collettivi il sottoscritto dichiara che il legale rappresentante, la persona preposta all'attività commerciale e tutti i soggetti individuati dall'art. 2 co. 3 del DPR n. 252/1998 sono in possesso dei suddetti requisiti* (per le società obbligatorio compilare l'Allegato B)

6. Cittadini stranieri (da riempire solo se cittadino non comunitario).

Se cittadino straniero il sottoscritto dichiara:

a) di essere in possesso di permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ il _____ con validità fino al _____ rilasciato per i seguenti motivi _____

b) di essere in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciata da _____ il _____ con validità fino al _____ rilasciata per i seguenti motivi _____

6. Allegati.

- fotocopia di un documento di identità di chi sottoscrive il modello;
- copia (per ciascun soggetto interessato alle operazioni con gas tossici) di documento di identità e della patente di abilitazione utilizzo gas tossici;
- in caso di società copia estremi atto costitutivo e compilazione dell'allegato B) e, non obbligatoria, visura camerale;

ricevuta di versamento tariffa istruttoria di 62,00 € a favore del Comune di Scandicci, effettuato con le seguenti modalità:

sul conto corrente bancario intestato a Comune di Scandicci-Servizio Tesoreria C. IBAN IT76F0760102800000000161505
tramite versamento su c/c/p n. 161505

Firma dell'interessato.

Firma da apporre davanti all'impiegato

oppure allegare fotocopia del documento di

Riconoscimento in corso di validità

Allegato A: Elenco fornitori di gas tossici.

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___/Luogo di nascita _____ (Prov. ___)

Cittadinanza _____

Codice fiscale: ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Il soggetto sopra indicato è:

titolare di una ditta individuale legale rappresentante

Denominazione _____

Forma societaria (es. SRL SPA, SAS ecc.) _____

Partita IVA ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Codice fiscale : ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ / Sede:

Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Indirizzo _____ n _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___/Luogo di nascita _____ (Prov. ___)

Cittadinanza _____

Codice fiscale: ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Il soggetto sopra indicato è:

titolare di una ditta individuale legale rappresentante

Denominazione _____

Forma societaria (es. SRL SPA, SAS ecc.) _____

Partita IVA ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Codice fiscale : ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ / Sede:

Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Indirizzo _____ n _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___/Luogo di nascita _____ (Prov. ___)

Cittadinanza _____

Codice fiscale: ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Il soggetto sopra indicato è:

titolare di una ditta individuale legale rappresentante

Denominazione _____

Forma societaria (es. SRL SPA, SAS ecc.) _____

Partita IVA ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Codice fiscale : ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ / Sede:

Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Indirizzo _____ n _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___/Luogo di nascita _____ (Prov.____)

Cittadinanza _____

Codice fiscale: ___/

Il soggetto sopra indicato è:

titolare di una ditta individuale legale rappresentante

Denominazione _____

Forma societaria (es. SRL SPA, SAS ecc.) _____

Partita IVA ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Codice fiscale : ___/ Sede:

Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Indirizzo _____ n _____

Firma dell'interessato.

*Firma da apporre davanti all'impiegato
oppure allegare fotocopia del documento di
Riconoscimento in corso di validità*

Allegato B: quadro di autocertificazione dei requisiti soggettivi

(obbligatorio per le società)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___/Luogo di nascita _____ (Prov.____)

Cittadinanza _____

Codice fiscale: ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Se cittadino straniero il sottoscritto dichiara:

a) di essere in possesso di permesso di permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ il _____ con validità fino al _____ rilasciato per i seguenti motivi _____

b) di essere in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciata da _____ il _____ con validità fino al _____ rilasciata per i seguenti motivi _____.

Indirizzo: _____ n. _____

Tel: _____ cell: _____ fax: _____

E-mail _____ @ _____ []posta elettronica certificata

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti morali necessari per l'esercizio dell'attività richiesta previsti dal R.D 147/1927;

- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;

Eventuali annotazioni in merito:

- di non aver riportato provvedimenti amministrativi definitivi;

- in caso di società o organismi collettivi il sottoscritto dichiara che il legale rappresentante, la persona preposta all'attività commerciale e tutti i soggetti individuati dall'art. 2 co. 3 del DPR n. 252/1998 sono in possesso dei suddetti requisiti.

Firma dell'interessato.

Firma da apporre davanti all'impiegato
oppure allegare fotocopia del documento di
Riconoscimento in corso di validità

(17/ 05/ 2019)