

Descrizione per identificazione:

Il sottoscritto comunica di essersi avvalso della prestazione di:

☐ Tecnico incaricato ☐ Società di Tecnici incaricati rappresentata da:

Cognome _____ Nome _____

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

Cittadinanza _____

[illegible]Residenza: Comune di _____CAP_____ (Prov. ____)

Nr. Iscrizione _____ all'Ordine Professionale degli _____

Della Provincia di _____; eventuale ed ulteriore abilitazione specifica:

Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____

E-mail _____@_____

CHIEDE:

ai sensi del R.D. 147/1927 e successive modificazioni

[] DI ESSERE AUTORIZZATO AL TRASPORTO DI GAS TOSSICI

[] DI ESSERE AUTORIZZATO AL RINNOVO AL TRASPORTO DI GAS TOSSICI

1. Gas Tossici – quantitativo da trasportare

Gas tossico: _____

Formula chimica: _____

Quantità massima annuale: kg _____

Uso: _____

Quantità massima per singolo trasporto: kg _____

Gas tossico: _____

Formula chimica: _____

Quantità massima annuale: kg _____

Uso: _____

Quantità massima per singolo trasporto: kg _____

Gas tossico: _____

Formula chimica: _____

Quantità massima annuale: kg _____

Uso: _____

Quantità massima per singolo trasporto: kg _____

2. Mezzi di trasporto:

Veicolo: _____

Targa: _____

Veicolo: _____

Targa: _____

3. Personale addetto al trasporto:

Cognome _____ Nome _____

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

[illegible]

Patente di abilitazione n. _____ del _____ valida fino al _____

Cognome _____ Nome _____

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

[illegible]

Patente di abilitazione n. _____ del _____ valida fino al _____

Cognome _____ Nome _____

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

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

Patente di abilitazione n. _____ del _____ valida fino al _____

4. 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).

5. 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 non autenticata di un documento di identità di chi sottoscrive il modello;
- relazione descrittiva dei mezzi di protezione individuale;
- elenco delle possibili utenze utilizzatrici;
- copia estremi autorizzazione della ditta presso la quale avviene il deposito e/o stoccaggio in alternativa, non obbligatoria, copia della relativa autorizzazione;
- in caso di società copia estremi atto costitutivo e compilazione dell'allegato B) e, non obbligatoria, visura camerale.
- in caso di rinnovo precedente autorizzazione da rinnovare
- Attestazione pagamento **50,00 €** diritti istruttoria suap da effettuarsi tramite: versamento diretto agli sportelli della agenzia di pontassieve della cassa di risparmio di firenze o versamento su c/c postale n. 30436505 intestato a servizio di tesoreria del comune di pontassieve o bonifico bancario su c.c. n. 15589 intestato a servizio di tesoreria del comune di pontassieve presso la suddetta agenzia bancaria - iban: IT68A0616038010000000123C01

Firma dell'interessato.

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

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 _____

6

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

