

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
AL TRASPORTO DI GAS TOSSICI
(RILASCIO/RINNOVO)**

Marca da bollo

€ 14,62

COMUNE DI PONTASSIEVE
UOC SVILUPPO ECONOMICO - SUAP
VIA TANZINI, 30
50065 PONTASSIEVE

Il sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

***CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ NELLA FORMAZIONE DEGLI ATTI E
L'USO DI ATTI FALSI COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE
DALL'ART. 75 E 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA DAI BENEFICI OTTENUTI SULLA BASE
DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA***

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

Cittadinanza _____

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

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov____)

Via/ P.zza _____ n _____

Tel. _____ cell._____ Fax _____

E-mail _____ @_____

Titolare dell'impresa individuale Legale rappresentante della società

Proprietario/ comproprietario Presidente _____

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

Partita IVA: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/

Denominazione o Ragione Sociale _____

Sede legale / amministrativa nel Comune di _____

(Prov____) Via/ P.zza _____ n _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ @_____

Iscritta al Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____

Impianto sito in _____

Via /P.zza _____ n. _____

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 _____

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

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: _____

Quantità massima annuale: kg _____

Formula chimica: _____

Uso: _____

Quantità massima per singolo trasporto: kg _____

Gas tossico: _____

Quantità massima annuale: kg _____

Formula chimica: _____

Uso: _____

Quantità massima per singolo trasporto: kg _____

Gas tossico: _____

Quantità massima annuale: kg _____

Formula chimica: _____

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. ____)

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

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 _____

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 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*

Allegato A: Elenco destinatari del trasporto 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