

Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

**Domanda di autorizzazione per la sostituzione alla guida relativa all'attività di taxi*****Ai sensi dell'articolo 10 della Legge 15/01/1992, n. 21*****Il sottoscritto**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
-----------------	-------	------------------	--------------

Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-----------	-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
--------------------	----------------	-----------------------------	-------------------------------

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia
-------------------------------	-----------

Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-------------	-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Codice Fiscale	Partita IVA
----------------	-------------

Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
----------	-----------------------------	-------------------------------

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione
--	-----------	-------------------

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata****in relazione all'attività di taxi autorizzata con**

Titolo autorizzativo	Numero	Data	Ente di riferimento
licenza			

(articolo 8 della Legge 15/01/1992, n. 21)

CHIEDE

di avvalersi della sostituzione alla guida

da parte del seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato
				Interno	Scala
				Piano	SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

a seguito di

Motivazione

- ☐ motivi di salute, inabilità temporanea, gravidanza e puerperio
- ☐ un periodo di ferie non superiore a trenta (30) giorni lavorativi annui, dichiarando di non aver usufruito nel corso dell'anno di altri periodi di ferie
- ☐ sospensione o ritiro temporaneo della patente di guida
- ☐ incarichi sindacali o pubblici elettivi che comportino un impegno a tempo pieno
- ☐ altra motivazione (specificare)

☐ referente per la pratica

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ copia del contratto di assunzione o di gestione
- ☒ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del sostituto alla guida
- ☒ pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
- (da allegare se previsti)
- ☐ copia del permesso di soggiorno
- (da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- ☐ altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo		Data		il dichiarante	