

## Amministrazione destinataria



## Ufficio destinatario

## Comunicazione di collaborazione familiare relativa all'attività di noleggio con conducente

### Il sottoscritto

|                    |                |                               |
|--------------------|----------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale                |
|                    |                |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita              |
|                    |                |                               |
| Residenza          |                |                               |
| Provincia          | Comune         | Indirizzo                     |
|                    |                |                               |
|                    | Civico         | Barrato                       |
|                    |                |                               |
|                    | Interno        | Scala                         |
|                    |                |                               |
|                    | Piano          | SNC                           |
|                    |                | <input type="checkbox"/>      |
|                    |                | 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                                                      |
| <input type="checkbox"/>                                 |
| 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 noleggio con conducente di cui all'autorizzazione

| Numero | Data | Ente di riferimento |
|--------|------|---------------------|
|        |      |                     |

## COMUNICA

di attivare la collaborazione familiare

☒ **da parte del seguente soggetto**

|                      |                      |                      |                             |                      |                               |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                             | Codice Fiscale       |                               |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> |                               |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |
| Residenza            |                      |                      |                             |                      |                               |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                             | Civico               | Barrato                       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>          |
|                      |                      | Interno              | Scala                       | Piano                | SNC CAP                       |
|                      |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |

Grado di parentela (solo in caso di domanda di attivazione della collaborazione familiare)

☐ **e da parte del seguente soggetto**

|                      |                      |                      |                             |                      |                               |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                             | Codice Fiscale       |                               |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> |                               |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |
| Residenza            |                      |                      |                             |                      |                               |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                             | Civico               | Barrato                       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>          |
|                      |                      | Interno              | Scala                       | Piano                | SNC CAP                       |
|                      |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |

Grado di parentela (solo in caso di domanda di attivazione della collaborazione familiare)

☐ **referente per la pratica**

|                      |  |                      |                             |                      |                               |
|----------------------|--|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Cognome              |  | Nome                 |                             | Codice Fiscale       |                               |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> |                               |
| Data di nascita      |  | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |
| Telefono cellulare   |  | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |

### Elenco degli allegati

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

- |                                     |                                                                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del collaboratore familiare                  |
| <input type="checkbox"/>            | ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria<br><i>(da allegare se previsti)</i>            |
| <input type="checkbox"/>            | copia del permesso di soggiorno<br><i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura                            |
| <input type="checkbox"/>            | 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