

ALLA PROVINCIA DI LIVORNO

Trasporto Privato

P.zza del Municipio, 4 - 57100 LIVORNO

OGGETTO: L. 264/1991 ss.mm.- CESSAZIONE VOLONTARIA ATTIVITÀ DI CONSULENZA PER LA CIRCOLAZIONE DEI MEZZI DI TRASPORTO. RICHIESTA DI REVOCA DELL'AUTORIZZAZIONE.

Il/La sottoscritto/a _____.

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

C.F. _____ in qualità di titolare/legale rappresentante di
_____ con sede a
_____ in via/p.zza _____ n. _____

iscritta alla CCIAA di _____ C.F./P.I. _____

tel. _____ indirizzo mail/pec _____

autorizzata all'esercizio dell'attività di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto di cui alla L. 264/91 ss.mm. come da Autorizzazione Provinciale n. _____ del : _____

CHIEDE

la **REVOCA**, per cessazione volontaria dell'attività, dell'Autorizzazione Prov.le n. _____ del

_____ rilasciata da Codesta Amministrazione per lo svolgimento dell'attività di
consulenza L.264/1991 ss.mm. presso la sede posta nel Comune di
_____ in Via /P.zza _____ n. _____

_____,
Agenzia denominata _____

con revoca a far data da _____

AL TAL FINE DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R n. 445 /2000, consapevole delle conseguenze, anche di natura penale, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi

☐ di aver portato a termine tutte le pratiche prese in carico;

oppure

☐ che gli incarichi non ancora conclusi saranno trasferiti all'Agenzia _____
con sede nel Comune di _____ n.° _____ CAP _____ in Via/Piazza _____

- di obbligarsi a restituire l'originale dell'Autorizzazione Provinciale n. _____ del : _____ all'atto dell'adozione del provvedimento di revoca, a richiesta dell'Ufficio provinciale competente;

- di aver provveduto al versamento dei diritti di istruttoria secondo le modalità indicate dalla Provincia sul proprio sito www.provincia.livorno.it , **Trasporto Privato** e di **allegare copia della ricevuta di pagamento**;
- di aver preso visione dell'informativa sulla privacy sotto riportata in merito al trattamento dei dati personali

Data _____

Firma

(per esteso e leggibile)

N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA FRONTE/RETRO DI VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE NEL CASO LA FIRMA NON VENGA APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO (art. 38 DPR 445/2000).

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati. Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà visitare il sito , www.provincia.livorno.it accedendo alla sezione privacy. Il titolare del trattamento è la Provincia di Livorno.