

| | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------|-------------------|
| ALLEGATO "D" | | | |
| RIQUADRO RISERVATO ALL'UFFICIO | | | |
| Data di presentazione della PEC: | | Data Protocollo | Num . Protocollo: |
| NUMERO ASSEGNATO ALLA DOMANDA | | | |



**SERVIZIO SUAP SERVIZI ALLE IMPRESE
E TURISMO DELL'UNIONE VALDERA**

Tramite pec suap.unionevaldera@postacert.toscana.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI PER L'ASSEGNAZIONE DELL'AUTORIZZAZIONE PER IL SERVIZIO DI TAXI

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445), dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR. N. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.:

| | | | |
|---|---|--------------------------|---|
| DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE | | | |
| A1 | Cognome | | Nome |
| | Nato a | | Prov. <input type="text"/> il <input type="text"/> |
| | Residente in | | Prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/> |
| | Via/piazza | | n. <input type="text"/> |
| | Tel. <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> | Cod. fisc. <input type="text"/> |
| IN QUALITA' DI | | | |
| A2 | <input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale | | <input type="checkbox"/> Legale rappresentante |
| | <input type="checkbox"/> altro (<input type="checkbox"/> l'impresa sarà attivata nel caso di assegnazione della licenza- non compilare il riquadro A3 seguente) | | |
| DELLA | | | |
| A3 | Forma giuridica * | <input type="text"/> | Denomin.** |
| | Sede legale nel Comune di *** | <input type="text"/> | Provincia <input type="text"/> |
| | Via/piaz. | <input type="text"/> | N. civico <input type="text"/> CAP <input type="text"/> |
| | Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di | <input type="text"/> | N. iscrizione registro <input type="text"/> |
| | Partita IVA | <input type="text"/> | Codice Fiscale <input type="text"/> |
| | <i>Note: * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1</i> | | |
| INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI | | | |
| B | Via | <input type="text"/> | Comune <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/> |
| | Email | <input type="text"/> | Telef <input type="text"/> Cell. <input type="text"/> Fax <input type="text"/> |
| | Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) <input type="text"/> | | |

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al concorso per titoli per:

Autorizzazione TAXI Comune di Casciana Terme Lari – Fraz. Casciana Terme

E pertanto

| DICHIARA | |
|--|---|
| C | <input type="checkbox"/> di essere cittadino italiano ovvero di uno stato dell'Unione Europea ovvero di altro Stato avente condizione di reciprocità con lo Stato Italiano |
| | <input type="checkbox"/> se cittadino straniero, di essere in possesso di: <input type="checkbox"/> permesso di soggiorno per (specificare il motivo del rilascio) _____ <input type="checkbox"/> carta di soggiorno per (specificare il motivo del rilascio) _____ N. _____ Rilasciato da _____ Il _____ Valido fino al _____ |
| | <input type="checkbox"/> di essere in possesso della patente di guida, in corso di validità, n. _____, categ. _____, rilasciata in data _____ da _____, idonea per condurre il tipo di veicolo da adibire al servizio oggetto del bando (si allega copia) |
| | <input type="checkbox"/> di essere in possesso del certificato di abilitazione professionale (CAP) previsto dal vigente codice della strada, in corso di validità, per il tipo di veicolo da adibire al servizio oggetto del bando rilasciato dall'Ufficio Provinciale M.C.T.C. Di _____, in data _____ tipo _____ e n. _____ (si allega copia) |
| | <input type="checkbox"/> di essere iscritto al n. _____ del Ruolo Provinciale per conducenti di veicoli adibiti ad autoservizi pubblici non di linea di cui all'art. 6 della L. n. 21/1992, presso la Camera di Commercio di Pisa al n. _____ in data _____ (si allega certificato/visura) |
| | <input type="checkbox"/> di essere proprietario dell'autovettura con numero posti disponibili pari a _____, marca _____, modello _____, Targa o telaio _____, Codice Euro _____ |
| | <input type="checkbox"/> di avere la disponibilità, anche in leasing, dell'autovettura con numero posti disponibili pari a _____, marca _____, modello _____, Targa o telaio _____, Codice Euro _____ |
| | <input type="checkbox"/> di impegnarsi formalmente ad acquisire la proprietà o la disponibilità del veicolo idoneo utilizzabile per il servizio oggetto del bando, entro 90 giorni dal ricevimento della comunicazione di essere stato inserito nella graduatoria definitiva per il rilascio dell'autorizzazione |
| | <input type="checkbox"/> di essere assicurato per responsabilità civile nei confronti di persone o cose, compresi i terzi trasportati, con una copertura almeno doppia rispetto ai massimali minimi previsti dalla legge |
| | <input type="checkbox"/> di impegnarsi a stipulare un'assicurazione per responsabilità civile nei confronti di persone o cose, compresi i terzi trasportati, con una copertura almeno doppia rispetto ai massimali minimi previsti dalla legge, entro 90 giorni dal ricevimento della comunicazione di essere stato inserito nella graduatoria definitiva per il rilascio dell'autorizzazione |
| | <input type="checkbox"/> di non essere affetto da malattie incompatibili con l'esercizio del servizio |
| | <input type="checkbox"/> di non essere titolare di licenza per l'esercizio del servizio di taxi, anche se rilasciata da altri Comuni non associati al Servizio SUAP dell'Unione Valdera |
| | <input type="checkbox"/> di non essere titolare di licenza per l'esercizio del servizio di NCC, anche se rilasciata da altri Comuni non associati al Servizio SUAP dell'Unione Valdera |
| <input type="checkbox"/> di non aver ceduto una precedente autorizzazione da almeno 5 anni | |
| <input type="checkbox"/> di non trovarsi in nessuna delle condizioni ostative per l'esercizio dell'attività come previsto dal regolamento Comunale di Casciana Terme D. CC. 74/2014 e s.m.i. | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | di non essere incorso, nell'ultimo quinquennio, in provvedimenti di decadenza del titolo abilitativo per l'esercizio del servizio di taxi, anche se da parte di altri Comuni |
| PER I TITOLI VALUTABILI O DI PREFERENZA DICHIARA INOLTRE | |
| Titolo di studio: <i>specificare</i> _____ | |
| Conoscenza della seguente lingua straniera: | |
| <input type="checkbox"/> | inglese , attestata da titolo di studio/corso professionale riconosciuto dallo Stato Italiano |
| <input type="checkbox"/> | francese, attestata da titolo di studio/corso professionale riconosciuto dallo Stato Italiano |
| <input type="checkbox"/> | tedesco, attestata da titolo di studio/corso professionale riconosciuto dallo Stato Italiano |
| <input type="checkbox"/> | spagnolo, attestata da titolo di studio/corso professionale riconosciuto dallo Stato Italiano |
| Servizio prestato in qualità di <input type="checkbox"/> titolare, <input type="checkbox"/> dipendente o <input type="checkbox"/> collaboratore familiare di un'impresa che gestisce servizi di trasporto pubblico non di linea nel periodo dal _____ | |
| <input type="checkbox"/> l'impresa ha la sede legale nel Comune di Casciana Terme Lari | |
| <input type="checkbox"/> il sottoscritto ha la residenza nel Comune di Casciana Terme Lari | |

DICHIARA INFINE

| | |
|-----------------------------------|--|
| TRATTAMENTO DATI PERSONALI | |
| <input type="checkbox"/> | di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196: |
| E | - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; |
| | - che gli stessi dati saranno trattati dall'Unione Valdera, quale Titolare, e dal Dirigente SUAP, quale Responsabile, in modo telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento finale; |
| | - che l'Unione potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; |
| | - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge |

E SI IMPEGNA

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | qualora risultasse assegnatario di autorizzazione, a produrre tutta la documentazione che gli verrà richiesta |
|--------------------------|---|

Data e luogo

L'interessato

Allegati

1. In caso di cittadino extracomunitario, copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità;
2. copia patente di guida;
3. copia certificato di abilitazione professionale (CAP);
4. copia certificato/visura di iscrizione al Ruolo Provinciale per conducenti;
5. copia assicurazione per responsabilità civile (eventuale);
6. procura speciale (Allegato "procura speciale" - eventuale);
7. copia attestati/titoli comprovanti la conoscenza della/delle lingua/e straniera/e.



Comuni di Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli, Casciana Terme Lari, Palaia, Ponsacco, Pontedera
Zona Valdera
 Provincia di Pisa

PROCURA SPECIALE ai sensi dell'art. 1392 c.c.

**INCARICO PER LA SOTTOSCRIZIONE DIGITALE
 E/O PRESENTAZIONE TELEMATICA DELLE PRATICHE SUAP**

AI SUAP dell'UNIONE VALDERA per il Comune di

Allegato alla pratica SUAP di (indicare sinteticamente il procedimento oggetto della pratica):

| | | | | |
|---|---|--|---|--------------------------------|
| 1 | IL SOTTOSCRITTO (N.B.: nell'ipotesi in cui vi siano più soci o legali rappresentanti di una stessa società, ciascuno di essi deve conferire procura con la compilazione del presente modello) | | | |
| | Cognome <input type="text"/> | | Nome <input type="text"/> | |
| | Nato a <input type="text"/> | | Prov. <input type="text"/> | il <input type="text"/> |
| | Residente in <input type="text"/> | | Prov. <input type="text"/> | CAP <input type="text"/> |
| | Via/piazza <input type="text"/> | | | n. <input type="text"/> |
| | Tel. <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> | Cod. fisc. <input type="text"/> | |
| | Indirizzo e-mail <input type="text"/> | | | |
| 2 | IL SOTTOSCRITTO (N.B.: nell'ipotesi in cui vi siano più soci o legali rappresentanti di una stessa società, ciascuno di essi deve conferire procura con la compilazione del presente modello) | | | |
| | Cognome <input type="text"/> | | Nome <input type="text"/> | |
| | Nato a <input type="text"/> | | Prov. <input type="text"/> | il <input type="text"/> |
| | Residente in <input type="text"/> | | Prov. <input type="text"/> | CAP <input type="text"/> |
| | Via/piazza <input type="text"/> | | | n. <input type="text"/> |
| | Tel. <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> | Cod. fisc. <input type="text"/> | |
| | Indirizzo e-mail <input type="text"/> | | | |
| A | IN QUALITA' DI | | | |
| | <input type="checkbox"/> Titolare della ditta individuale | <input type="checkbox"/> Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> | |
| B | DELLA | | | |
| | Forma giuridica * <input type="text"/> | Denomin.** <input type="text"/> | | |
| | Sede legale nel Comune di *** <input type="text"/> | | | Provincia <input type="text"/> |
| | Via/piaz. <input type="text"/> | N. civico <input type="text"/> | | CAP <input type="text"/> |
| | Partita IVA <input type="text"/> | Codice Fiscale <input type="text"/> | | |
| <i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1 | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------|---|--------------------------|----------------------|
| DICHIARA/DICHIARANO DI CONFERIRE LA PROCURA SPECIALE A: | | | | | |
| C | Cognome <input type="text"/> | Nome <input type="text"/> | Nato a <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Codice Fiscale <input type="text"/> | Tel <input type="text"/> | <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | IN QUALITA' DI | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Libero professionista | | <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> | | |
| Con studio/sede in <input type="text"/> | Via <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| P.IVA <input type="text"/> | CF <input type="text"/> | | | | |

CASELLA DI PEC (posta elettronica certificata)

- per la sottoscrizione digitale della pratica SUAP
 per la presentazione telematica della pratica al SUAP

| | | |
|---|--|--|
| D | DICHIARA/DICHIARANO ALTRESI' | |
| | <input type="checkbox"/> l'elezione del domicilio speciale, per tutti gli atti e le comunicazioni inerenti il procedimento amministrativo, presso l'indirizzo di posta elettronica certificata del soggetto al quale la presente procura è conferita per la presentazione telematica, allo stesso soggetto è conferita altresì la facoltà di eseguire eventuali rettifiche di errori formali inerenti la modulistica elettronica | |
| | <input type="checkbox"/> di non eleggere alcun domicilio speciale presso l'indirizzo di posta elettronica certificata del soggetto al quale la presente procura è conferita per la sottoscrizione digitale e richiede/richiedono che tutti gli atti e le comunicazioni inerenti il procedimento siano inviate al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata <input type="text"/> | |

Data

Firma *

| IL PROCURATORE INCARICATO DESCRITTO AL RIQUADRO C: | | | | | | | |
|---|--|----------------------|------|----------------------|--------|----------------------|----------------------|
| E | Cognome | <input type="text"/> | Nome | <input type="text"/> | Nato a | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Codice Fiscale | <input type="text"/> | Tel | <input type="text"/> | Fax | <input type="text"/> | |
| F | DICHIARA CHE | | | | | | |
| | consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ai sensi dell'art 46.1 lett. U) del D.P.R. 445/2000 di agire in qualità di procuratore speciale in rappresentanza del soggetto o dei soggetti che hanno apposto la propria firma autografa nella tabella di cui sopra | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> le copie informatiche degli eventuali documenti non notarili e/o contenenti dichiarazioni presenti nella modulistica destinata al SUAP, allegati alla sopra identificata pratica, corrispondono ai documenti consegnatigli dal/i soggetti obbligati/ legittimati per l'espletamento degli adempimenti di cui alla sopra citata pratica. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> (eventuale) la presente procura, debitamente sottoscritta dagli aventi diritto ed acquisita tramite scansione in formato PDF, è conservata in originale presso la sede del proprio studio/ufficio. | | | | | | | |
| Firma digitale del procuratore incaricato ** | | | | | | | |

N.B.: * Se il/i dichiarante/i non è dotato di firma digitale, il presente modello deve essere compilato e sottoscritto con firma autografa e vi deve essere allegato un documento di riconoscimento in corso di validità da parte del/dei dichiaranti.

In tal caso il procuratore incaricato dovrà acquisire il presente documento, mediante un apposito "scanner", in formato ".pdf", sottoscriverlo digitalmente (accettando in tal modo l'incarico) ed allegarlo alla pratica da trasmettere tramite PEC.

*** Nel caso in cui il dichiarante sia dotato solo di firma digitale, lo stesso dovrà sottoscrivere digitalmente il presente modello (quindi non è necessaria la firma autografa) e dovrà allegare anche la copia informatica del proprio documento di identità in corso di validità.**

****In ogni caso, il procuratore incaricato, che appone la propria firma digitale, dovrà allegare anche la copia informatica del proprio documento di identità in corso di validità.**

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 445/2000 e del D.Lgs. 196/2003, si informa che i dati contenuti nel presente modello saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti amministrativi relativi alla presentazione telematica della documentazione relativa alla sola pratica in oggetto.

RIEPILOGO PUNTEGGI/REQUISITI (A CURA DELL'UFFICIO)

| REQUISITI (pena esclusione della domanda al concorso) | NOTE |
|---|------|
| MANCANZA O ILLEGGIBILITÀ DELLE GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE | |
| MANCANZA DI IDENTIFICAZIONE DELLA PERSONA GIURIDICA | |
| PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA OLTRE I TERMINI | |
| PRESENTAZIONE DOMANDA NON TRAMITE PEC | |
| DOMANDA NON FIRMATA DIGITALMENTE | |
| OMESSA INDICAZIONE DELLA PEC DI RIFERIMENTO | |
| OMESSA PROCURA SPECIALE (EVENTUALE) | |
| OMESSA PRESENTAZIONE DELLA COPIA DEL VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE QUALORA LA DOMANDA SIA SOTTOSCRITTA DIGITALMENTE E/O TRASMESSA DA PERSONA DA LUI DELEGATA | |

TAXI

| TITOLI VALUTABILI | PUNTI | NOTE |
|---|-------|---|
| Anzianità di servizio prestato in qualità di titolare, dipendente o collaboratore familiare di un'impresa che gestisce servizi di trasporto pubblico non di linea | | |
| Anzianità di iscrizione al ruolo da almeno 3 anni | | |
| Conoscenza della lingua straniera | | |
| Titolo di studio | | |
| Anzianità del Cap (dalla data di rilascio) | | |
| impresa ha la sede legale nel Comune | | +50% del punteggio assegnato al punto 1 |
| residenza nel Comune | | +50% del punteggio assegnato al punto 1 |
| TOTALE MAX 22, 5 PUNTI | | NOTE |

NOTE

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|