Amministrazione destinataria

Comune di Suisio

Ufficio destinatario

Ufficio SUAP

MARCA DA BOLLO
Ministero dell'Economia e delle Finanze
€ 16,00
Agenzia Entrate
0 1 05 043471 239 2

FAC SIMILE

Domanda di autorizzazione per la collaborazione familiare 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 di cui alla licenza

Numero	Data	Ente di riferimento

da non usare per presentazione cartacea

CHIEDE

di attivare la collaborazione familiare

☑ **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

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

Turno di servizio

☐ **e 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

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

Turno di servizio

☐ **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

da non usare per presentazione cartacea

Elenco degli allegati

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

- [x] dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del collaboratore familiare
- [x] 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
Suisio		

da non usare per presentazione cartacea