

**Amministrazione destinataria**

Comune di Castelli Calepio

**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            | 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 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                       | Interno              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
|                      |                      |                      |                      | Scala                         | Piano                |
|                      |                      |                      |                      | <input type="checkbox"/>      | CAP                  |
|                      |                      |                      |                      |                               |                      |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                      |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                      |
|                      |                      |                      |                      | <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                       | Interno              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
|                      |                      |                      |                      | Scala                         | Piano                |
|                      |                      |                      |                      | <input type="checkbox"/>      | CAP                  |
|                      |                      |                      |                      |                               |                      |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                      |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                      |
|                      |                      |                      |                      | <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   |  |                      |                      |                               |                      |
| <input type="text"/> |  | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                      |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                      |
|                      |  |                      |                      | Posta elettronica certificata |                      |
|                      |  |                      |                      | <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.

Castelli Calepio

Luogo

Data

il dichiarante