

Allegato B)

Bando comunale per miglioria riservato agli operatori concessionari di posteggio presenti nel mercato settimanale del SABATO Rione Peschiera .

Al Comune di FRANCAVILLA FONTANA

Pec : comune.francavillafontana@pec.it

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| data di nascita |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

cittadinanza _____ sesso: |_| M. |_| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

(in caso di cittadino extracomunitario): titolare di permesso di soggiorno n.

_____ rilasciato da _____ il _____ con

validità fino al _____

AVENTE AUTORIZZAZIONE CON CONCESSIONE DEL COMUNE DI FRANCAVILLA

FONTANA N. _____ RILASCIATA IN DATA _____

PER IL POSTEGGIO N. _____ SITO IN VIA _____

PER IL SEGUENTE SETTORE MERCEOLOGICO:

☐ NON ALIMENTARE

☐ ALIMENTARE

In qualità di: |_| Titolare dell'omonima impresa individuale PARTITA IVA

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| n. di iscrizione al Registro Imprese |_|_|_|_|_|_| CCIAA di

_____ data iscrizione |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|;

☐ Legale rappresentante della ditta/società: C.F.
PARTITA IVA (se diversa dal codice fiscale) denominazione o ragione
sociale _____ con sede nel Comune di
_____ Provincia di _____ via/piazza
_____ n. _____ CAP _____ n. di
iscrizione al Registro Imprese CCIAA di _____ data
iscrizione ;

CHIEDE

CHE GLI VENGA ASSEGNATO PER MIGLIORIA UN POSTEGGIO PRESSO IL MERCATO
SETTIMANALE DEL SABATO - SETTORE MERCEOLOGICO:

☐ NON ALIMENTARE

☐ ALIMENTARE

A tal fine il/la sottoscritto/a

DICHIARA

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di
dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti:

- Di essere iscritto quale impresa attiva nel Registro Imprese presso la CCIAA di _____ con il n. dal ;
- Di essere in possesso di Partita IVA n. _____ ;
- Che l'autorizzazione amministrativa alla quale si riferisce l'originaria concessione di posteggio è stata rilasciata in data _____ ;
- Di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 71 del D.Lgs. 59/10;
- Di essere in regola ai fini previdenziali, contributivi e fiscali e a tal fine dichiara di:
 - ☐ avere posizione iscrizione INPS matricola n. _____ sede di _____ ;
 - ☐ avere posizione assicurativa INAIL matricola n. _____ sede di _____ ;
 - ☐ altro (specificare) _____ ;
- Di assumere l'impegno a rendere compatibile il servizio commerciale con la funzione e la tutela territoriale;

○ La partecipazione ai seguenti corsi di formazione professionale da parte del sottoscritto e/o dei dipendenti: _____

_____;

○ Di:

☐ non essere invalido;

☐ essere invalido, con certificato n° _____ rilasciato in data _____
da _____ (specificare: struttura sanitaria -
Azienda Sanitaria Locale - INPS);

○ Di:

☐ avere n. ____ familiari a carico;

☐ non avere familiari a carico.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si fornisce la seguente **PEC (obbligatoria)** ai fini delle comunicazioni relative alla procedura in oggetto:

PEC _____

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Si allega documento d'identità