

Allo Sportello Unico delle Attività Produttive Comune / Comunità / Unione _____
Identificativo SUAP: ____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
TITOLI PROFESSIONALI E NON INCOMPATIBILITA'**

(Ai sensi dell'art 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a								
Cognome			Nome			Codice fiscale		
Data di nascita			Sesso		Cittadinanza		Partita iva	
Luogo di nascita			Provincia		Stato			
Studio professionale								
Comune			Provincia	CAP	Stato			
Indirizzo					Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono			Cellulare			Fax		
Posta Elettronica Certificata (PEC)				Email				
In qualita di								
-								
Cittadino								
<input type="radio"/> comunitario		<input type="radio"/> non comunitario		<input type="radio"/> non comunitario e residente all'estero				
Permesso di soggiorno / carta di soggiorno n.			Rilasciato da			Data di rilascio		
Motivo del soggiorno						Valido fino al		
Estremi raccomandata						Rinnovato il		

E

L

I

M

I

S

C

A

F

Il titolare, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483,495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di accettare l'incarico assegnato				
Denominazione/ragione sociale				
Sede				
Comune				CAP
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)				
Num. civico	Scala	Piano	Interno	

<input checked="" type="checkbox"/>	che nello svolgere l'incarico, non incorre nelle cause di incompatibilità previste dalle vigenti normative
-------------------------------------	--

Requisiti professionali

<input checked="" type="checkbox"/>	di essere iscritto all'Albo			
	Iscrizione professionale	Provincia	Numero	Referente PA
	- ▼			<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	di essere in possesso di un Diploma di Laurea			
	Titolo di studio			Data di conseguimento
	Istituto/Facoltà		Sede	

Il professionista	
<input type="radio"/>	Allega copia scansionata documento di identità Firma
<input type="radio"/>	Scansione documento di identità già allegata all'istanza Firma
<input type="radio"/>	Documento firmato digitalmente

E
L
I
M
I
S
C
A
F