

SCHEMA C : Sedi operative da abilitare

D.LGS. 27 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS - D.M. 27/03/2008 - D.G.R. n. 265 del 27/07/2012.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 D.P.R 445/2000)

IL SOTTOSCRITTO | _____ | _____ |
Cognome Nome

| _____ | _____ | _____ |
DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.

in qualità di legale rappresentate della società indicata nel quadro A del modello principale, ai sensi e per gli effetti del D.M. 27/03/2008 e dell'art. 3 bis del D.Lgs. 165/1999 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

che la/e sede/i presso la/e quale/i la società interessata intende prestare assistenza agli utenti, sia nel territorio regionale che in altre regioni, è/sono quella/e indicata/e nell'elenco allegato e in possesso dei seguenti requisiti :

- a) di proprietà o in possesso del CAA, in forme diverse comprovate da idonei titoli;
- b) adibita/e esclusivamente all'attività del CAA ovvero anche alla contestuale attività dei CAF in orari e giorni diversi;
- c) rispondente/i ai requisiti previsti dalla vigente normativa in materia di agibilità, destinazione d'uso, sicurezza e tutela della salute dei lavoratori, comprovati da idonea documentazione;
- d) dotata/e di attrezzature informatiche e telematiche che garantiscono adeguata connessione al SIAN;
- e) accessibile/i al pubblico per almeno cinque ore giornaliere e per almeno due giorni a settimana;
- f) contrassegnata/e da insegne identificative riportanti giorni e orari di apertura al pubblico;
- g) con esposizione ben visibile della carta dei servizi presentata agli utenti al momento dell'acquisizione del mandato scritto e riportante le condizioni regolanti l'attività prestata.

Luogo

Data

Firma del dichiarante ⁽¹⁾

(1) La presente dichiarazione non richiede l'autenticazione della firma. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'addetto al ricevimento ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente allegando la fotocopia (non autenticata) di un valido documento di identità.

Allegato SCHEMA C

_____ |
INDIRIZZO COMPLETO (via, piazza, numero civico, piano, interno)

_____ | _____ | _____ |
COMUNE PROV. C.A.P.

_____ | _____ | _____ |
TELEFONO FAX E MAIL

RESPONSABILE SEDE

_____ | _____ |
Cognome Nome

ADDETTI

_____ | _____ |
Cognome Nome

_____ | _____ |
Cognome Nome

_____ | _____ |
Cognome Nome

_____ | _____ |
Cognome Nome

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

Altre informazioni

N.B. Deve essere compilato un allegato per ciascuna sede da abilitare sia nel territorio regionale che in altre regioni