



C I T T A ' M E T R O P O L I T A N A D I F I R E N Z E

Domanda in carta bollata

“MOD. 4”

ISTANZA REVISIONI CONSORZI

Alla Città Metropolitana di Firenze

Attenzione: La domanda contiene dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445. Il sottoscrittore dichiara di rendere tali dichiarazioni sotto la propria responsabilità ed è consapevole delle **sanzioni penali e amministrative previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.** Le dichiarazioni saranno soggette a controlli.

Quadro a) – Dati anagrafici del legale rappresentante del consorzio/società consortile

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
Codice fiscale _____, residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____, nella sua qualità di legale rappresentante del
consorzio/società consortile _____ con sede
in _____ Via _____ n. _____
codice fiscale _____

CHIEDE

quadro b) – Istanza ai sensi art. 80 D.L.gs 285/92

Il rilascio di autorizzazione per l'effettuazione di revisioni per:

- Veicoli a motore capaci di contenere al massimo sedici persone compreso il conducente, ovvero con massa complessiva a pieno carico fino a 3,5 tonnellate;
- Veicoli a due ruote;
- Motoveicoli e ciclomotori a tre e quattro ruote;

da effettuarsi presso la sede operativa posta in

_____ Via _____ n. _____
tel _____ fax _____ email _____

Nota: *barrare le caselle per le quali si richiede l'autorizzazione*

A TAL FINE DICHIARA

quadro c) – Dati relativi al consorzio /società consortile

che i dati relativi al consorzio/società consortile _____
risultanti alla data odierna presso la C.C.I.A.A. di Firenze sono i seguenti:

Iscrizione n° _____ in data _____ presso

- Registro Imprese
- Albo Imprese Artigiane

N° iscrizione Repertorio Economico Amministrativo _____ Codice fiscale/P. I.V.A. _____

segue quadro c) – Dati relativi al consorzio /società consortile

Sede legale _____ (Prov. _____) Via _____ n. _____
Sede operativa _____ (Prov. FI) Via _____ n. _____

Soggetti con poteri di firma: *(indicare la carica e i dati anagrafici completi di residenza e codice fiscale)*

quadro d) – Dati relativi all'attività di autofficina

che lo svolgimento effettivo delle attività di cui all'art. 1/3° L. 122/92 viene garantito dalle seguenti imprese costituenti raggruppamento all'interno del consorzio/società consortile secondo quanto appresso indicato:

Meccanica e motoristica dall'Impresa _____ iscritta presso

- Registro Imprese
- Albo Imprese Artigiane

N° iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Sede legale _____ (_____) Via _____ n. _____

Sede operativa _____ (_____) Via _____ n. _____

Carrozzeria dall'Impresa _____ iscritta presso

- Registro Imprese
- Albo Imprese Artigiane

N° iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Sede legale _____ (_____) Via _____ n. _____

Sede operativa _____ (_____) Via _____ n. _____

Elettrauto dall'Impresa _____ iscritta presso

- Registro Imprese
- Albo Imprese Artigiane

N° iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Sede legale _____ (_____) Via _____ n. _____

Sede operativa _____ (_____) Via _____ n. _____

Gommista dall'Impresa _____ iscritta presso

- Registro Imprese
- Albo Imprese Artigiane

N° iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Sede legale _____ (_____) Via _____ n. _____

Sede operativa _____ (_____) Via _____ n. _____

che la sede del consorzio/società consortile in cui vengono effettuate le operazioni di revisione è posta:

presso la sede operativa dell'officina consorziata denominata _____

posta in _____ Via _____

presso *(nel caso sia dislocata altrove)* _____

quadro e) – Dati relativi al Responsabile Tecnico

Che il Responsabile Tecnico di cui si chiede il riconoscimento è

il/la Sig./ra _____ nato/a _____ (Prov. _____)
il _____ codice fiscale _____
residente in _____ - Via _____ n. _____
che opera in modo continuativo ed esclusivo presso la sede operativa del centro di revisione denominato
_____ posto in _____ via _____
in qualità di:

- Dipendente

- Altro _____

Nota: Qualora vi sia più di un Responsabile Tecnico, indicare tutti i soggetti autorizzati, con i dati completi

quadro f) – Dati relativi ai locali adibiti ad officina di revisione del Consorzio

Che i locali presso cui viene esercitata l'attività di revisione sono siti in _____,
Via _____ n. _____ estremi catastali _____

Agibilità dei locali - (barrare il caso che ricorre):

- Che i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione **sono agibili**, avendo ottenuto in data _____ la certificazione di agibilità prot. n. _____ dal Comune di _____;
- Che i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione, costruiti in data _____ successiva al 28/12/1994 **sono agibili essendo maturato il silenzio-assenso** previsto dal D.P.R. 22/04/1994 n. 425, in quanto trascorsi 45 giorni dalla data di presentazione della richiesta di agibilità al Comune di _____ senza aver ricevuto alcuna risposta;
- Che per i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione, costruiti in data _____ antecedente al 28/12/1994 è **impossibilitato** ad ottenere dal Comune di _____ la certificazione di agibilità e pertanto allega alla presente istanza di dichiarazione dell'Ingegnere/Architetto (*cognome e nome*) _____ iscritto al n° _____ dell'Albo professionale di _____ attestante l'agibilità dei locali in questione ai sensi dell'art. 221 della legge sanitaria 27/07/1934 n. 1265;

Autorizzazione sanitaria - (barrare il caso che ricorre)

- Che i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione sono conformi alle norme e ai regolamenti vigenti in materia di sicurezza ai fini dell'igiene e della sicurezza dei lavoratori essendo in possesso di certificazione di idoneità ambientale rilasciata dalla A.S.L. di _____ in data _____ prot. _____;
- Che per i locali dell'officina e quelli destinati all'attività di revisione è stata richiesta autorizzazione alla A.S.L. di _____ in data _____ prot. _____;

Igiene e sicurezza dei lavoratori

- Che presso la A.S.L. di _____ competente per territorio sono stati assolti tutti gli adempimenti e gli obblighi in materia di igiene e sicurezza del lavoro previsti dalla vigente normativa;

Prevenzione incendi - (barrare il caso che ricorre)

- Che nei locali dell'officina e in quelli destinati all'attività di revisione sono rispettate le norme di prevenzione incendi avendo ottenuto il certificato di prevenzione incendi (C.P.I.) rilasciato dal Comando dei Vigili del Fuoco di _____ in data _____ prot. _____ (oppure il Nulla Osta Preventivo);
- Di aver provveduto con raccomandata n. _____ /ricevuta n. _____ in data _____ a presentare idonea segnalazione certificata inizio attività (SCIA) al Comando dei Vigili del Fuoco di _____ attestante il rispetto della normativa antincendio;
- Che i locali dispongono di superficie coperta per l'attività di autoriparazione inferiore a 300 mq. e pertanto non sono soggetti alle visite ed ai controlli di prevenzione incendi da parte dei Vigili del Fuoco ed al rilascio del CPI;

DICHIARA INOLTRE

- **Di essere a conoscenza dei requisiti prescritti dalla vigente normativa e precisamente :**
 - dei requisiti tecnico professionali dei consorzi (art. 239 commi 4 e 5 del DPR 495/92 e s.m.i.)
 - dei requisiti dei Titolari delle Imprese e dei Responsabili Tecnici (art. 240, comma 1 del DPR 495/92 e s.m.i.)
 - delle strumentazioni e attrezzature previste (appendice X – art. 241 DPR 495/92 e s.m.i.)
- **Di assumersi l'obbligo di comunicare all'Amministrazione Metropolitana ogni eventuale variazione con particolare riguardo per i casi di:**
 - Trasformazione o variazione dell'assetto societario;
 - Ingresso nuove consorziate o recesso di imprese già consorziate;
 - Sospensione o cessazione dell'attività;
 - Variazione del Responsabile Tecnico (sostituzione del precedente, aggiunta di altro responsabile tecnico o dimissioni del precedente);
 - Spostamento delle attrezzature nel locale già autorizzato;
 - Trasferimento dell'officina in altri locali, diversi da quelli già autorizzati;
 - Trasferimento della sede legale

SI IMPEGNA

Infine a comunicare all'Amministrazione Provinciale l'orario di effettuazione delle operazioni di revisioni, nonché – tempestivamente – ogni modifica a detto orario in caso di temporanea assenza o di impedimento del responsabile tecnico, essendo parimenti consapevole dell'obbligo del responsabile tecnico medesimo di presenziare personalmente tutte le fasi delle operazioni di revisione.

ALLEGA

- Attestazione di affidamento rilasciata (secondo il modello di cui all'**allegato n. 1**) - da parte di istituti di credito o società finanziarie con capitale sociale non inferiore a euro 2.582.284,49 – ad ogni Impresa consorziata per un importo non inferiore a euro 51.645,69 ovvero euro 87.797,67 ovvero euro 118.785,09 a seconda che la consorziata sia iscritta in una sola, ovvero in due ovvero in tre delle sezioni del registro di cui all'art. 2, comma 1 della legge 5.2.1992, n. 122.
- Attestazione di versamento in conto corrente postale n. 22785786 intestato a "AMMINISTRAZIONE METROPOLITANA DI FIRENZE" **con la specifica causale del versamento** per l'importo di euro 70,00 quali diritti di segreteria;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di ogni Impresa Consorziate attestante l'effettivo esercizio da parte della medesima di almeno una delle attività di cui all'art. 1/3° della Legge 5.2.92 n. 122. (**mod. "DICH. TIT. SOC. CONS."**);
- Planimetria dei locali adibiti ad officina del Consorzio in **duplice copia** in scala 1:100 ovvero 1:200 quotata, timbrata e firmata da un professionista abilitato; su tale planimetria in particolare – oltre all'indicazione della viabilità intorno ai locali – dovranno essere indicate la superficie, nonché la larghezza lato ingresso, la larghezza dell'ingresso e l'altezza della porta di ingresso, nonché dovranno risultare l'ubicazione delle attrezzature, il percorso effettuato dai veicoli e gli spazi per la sosta dei medesimi;
- Elenco, redatto su carta intestata e firmato dal legale rappresentante - **in duplice copia** - delle attrezzature ubicate nella officina sede operativa **del Consorzio** con riferimenti omologativi e numeri di matricola ;
- Certificato di conformità alle norme per le apparecchiature di sollevamento (riconoscimento ISPEL) e per il sistema di pesatura (riconoscimento Ufficio Metrico del Ministero dell'Industria, se il sistema si trova fuori della linea);
- Autocertificazione del Responsabile Tecnico (**mod. "DICH. R.T."**);
- Copia attestato superamento corso di formazione ex art. 240, comma 1, lettera h) del D.P.R. 495/92.
- Marca da bollo da euro 16,00 per l'atto autorizzativo richiesto.

INFORMATIVA ex art. 13 D.Lgs. 196 del 30.06.2003

Per il presente procedimento è richiesto agli interessati di fornire dati ed informazioni, anche sotto forma documentale, che rientrano nell'ambito di applicazione del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196. In relazione alle finalità del trattamento dei dati forniti si precisa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le dichiarazioni vengono rese. I dati potranno essere comunicati a soggetti anche esterni all'Amministrazione Provinciale ai fini dei controlli ex art. 71 DPR 445/2000, nonché a coloro che facciano richiesta di accesso ai documenti nei limiti consentiti dalla legge n. 241/90. Il Titolare del trattamento dei dati è la Provincia di Firenze cui l'interessato può sempre rivolgersi per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Letto, confermato, sottoscritto.

Data _____

Firma * _____

***Nota:** la sottoscrizione della domanda e delle dichiarazioni ivi contenute non è soggetta ad autenticazione, ma deve essere **allegata la fotocopia leggibile del documento di identità, non scaduto, del sottoscrittore.**