



Ministero delle Imprese e del Made in Italy

DIPARTIMENTO MERCATO E TUTELA
DIREZIONE GENERALE CONSUMATORI E MERCATO
DIVISIONE V – SERVIZI ASSICURATIVI. SERVIZI E PROFESSIONI, ANCHE NON ORGANIZZATE IN ORDINI
O COLLEGI. RICONOSCIMENTO TITOLI PROFESSIONALI

MODELLO ATTESTAZIONI (ARTT. 8 e 16 e ss. DIRETTIVA 2005/36/CE)



DATI PERSONALI

COGNOME:	<input type="text"/>		
NOME:	<input type="text"/>		
NATO A:	<input type="text"/>		
PROV.:	<input type="text"/>	IL:	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		
e residente in COMUNE:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>
INDIRIZZO:	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>
CAP:	<input type="text"/>	TELEFONO:	<input type="text"/>
INDIRIZZO E-MAIL:	<input type="text"/>		
PEC (obbligatoria per gli iscritti al registro delle imprese e Professionisti):	<input type="text"/>		

RICHIEDE

un'attestazione relativa alla natura e alla durata dell'attività ai sensi degli artt. 16 e seguenti della Direttiva 2005/36/CE come modificata dalla Direttiva 2013/55/CE, da presentare alla seguente:



AUTORITA'

NOME DELL'AUTORITA' COMPETENTE:	<input type="text"/>
INDIRIZZO:	<input type="text"/>
STATO UE / SEE	<input type="text"/>

per lo svolgimento dell'**ATTIVITA'** di:

Per le attività di **INSTALLAZIONE DI IMPIANTI, AUTORIPARAZIONE, MEDIAZIONE, PULIZIE, AGENTI E RAPPRESENTANTI DI COMMERCIO**, devono essere indicate una o più sezioni. Per l'attività di installazione può essere indicata anche l'eventuale limitazione

SEZIONE

SEZIONE

SEZIONE

SEZIONE

SEZIONE

SEZIONE

SEZIONE

consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e dichiarazioni false o mendaci, giusta quanto previsto dall'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, nonché dalle norme del codice penale e delle leggi speciali in materia, e del fatto che la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa comporterà ai sensi dell'articolo 75 del d.P.R. n. 445/2000 la decadenza dai benefici conseguenti alla presentazione della presente domanda:

DICHIARA

di aver svolto la propria attività presso le seguenti imprese:



IMPRESE

DENOMINAZIONE/RAGIONE
SOCIALE:

SEDE:

NUMERO ISCRIZIONE
REGISTRO IMPRESE

NUMERO REA

CCIAA.:

N. ISCRIZIONE
ALBO
ARTIGIANI:

DATA DI INIZIO RAPPORTO:

DATA DI FINE:

IN QUALITA' DI:

ATTIVITA' SVOLTA
NELL'IMPRESA

MANSIONI SVOLTE

DENOMINAZIONE/RAGIONE
SOCIALE:

SEDE:

NUMERO ISCRIZIONE
REGISTRO IMPRESE

NUMERO REA

CCIAA.:

N. ISCRIZIONE
ALBO
ARTIGIANI:

DATA DI INIZIO RAPPORTO:

DATA DI FINE:

IN QUALITA' DI:

ATTIVITA' SVOLTA
NELL'IMPRESA

MANSIONI SVOLTE

DENOMINAZIONE/RAGIONE
SOCIALE:

SEDE:

NUMERO ISCRIZIONE
REGISTRO IMPRESE

NUMERO REA

CCIAA.:

N. ISCRIZIONE
ALBO
ARTIGIANI:

DATA DI INIZIO RAPPORTO:

DATA DI FINE:

IN QUALITA' DI:

ATTIVITA' SVOLTA
NELL'IMPRESA

MANSIONI SVOLTE

DENOMINAZIONE/RAGIONE
SOCIALE:

SEDE:

NUMERO ISCRIZIONE
REGISTRO IMPRESE

NUMERO REA

CCIAA.:

N. ISCRIZIONE
ALBO
ARTIGIANI:

DATA DI INIZIO RAPPORTO:

DATA DI FINE:

IN QUALITA' DI:

ATTIVITA' SVOLTA
NELL'IMPRESA

MANSIONI SVOLTE

DENOMINAZIONE/RAGIONE
SOCIALE:

SEDE:

NUMERO ISCRIZIONE
REGISTRO IMPRESE

NUMERO REA

CCIAA.: N. ISCRIZIONE
ALBO
ARTIGIANI:

DATA DI INIZIO RAPPORTO: DATA DI FINE:

IN QUALITA' DI:

ATTIVITA' SVOLTA
NELL'IMPRESA

MANSIONI SVOLTE

DENOMINAZIONE/RAGIONE
SOCIALE:

SEDE:

NUMERO ISCRIZIONE
REGISTRO IMPRESE

NUMERO REA

CCIAA.: N. ISCRIZIONE
ALBO
ARTIGIANI:

DATA DI INIZIO RAPPORTO: DATA DI FINE:

IN QUALITA' DI:

ATTIVITA' SVOLTA
NELL'IMPRESA

MANSIONI SVOLTE

DICHIARA INOLTRE

di essere in possesso dei seguenti titoli di formazione/professionali (allegare scansione ottica PDF/
A dei titoli):

TITOLO

NOME DELL'ISTITUTO:

INDIRIZZO:

CITTÀ:

PROV.: CAP:

DATA DI INIZIO: DATA DI FINE:

ANNO SCOLASTICO/
ACCADEMICO DI RILASCIO

PDF TITOLO DI STUDIO TITOLO

TITOLO

NOME DELL'ISTITUTO:

INDIRIZZO:

CITTÀ:

PROV.: CAP:

DATA DI INIZIO: DATA DI FINE:

ANNO SCOLASTICO/
ACCADEMICO DI RILASCIO

PDF TITOLO DI STUDIO TITOLO

TITOLO

NOME DELL'ISTITUTO:

INDIRIZZO:

CITTÀ:

PROV.: CAP:

DATA DI INIZIO: DATA DI FINE:

ANNO SCOLASTICO/
ACCADEMICO DI RILASCIO

PDF TITOLO DI STUDIO TITOLO

TITOLO

NOME DELL'ISTITUTO:

INDIRIZZO:

CITTÀ:

PROV.: CAP:

DATA DI INIZIO: DATA DI FINE:

ANNO SCOLASTICO/
ACCADEMICO DI RILASCIO

PDF TITOLO DI STUDIO TITOLO

DICHIARA ANCORA

di essere iscritto al seguente albo, tenuto dall'ordine o collegio professionale e che non è sospeso, radiato o comunque interdetto dall'esercizio della professione:

ALBO SEZ

ORDINE/COLLEGIO DI:

NUMERO DI ISCRIZIONE

DAL

DICHIARA INFINE
sempre sotto la propria
responsabilità

- che a proprio carico non sussistono cause ostative all'esercizio dell'attività per la quale richiede l'attestazione, dipendenti da provvedimenti penali, disciplinari o amministrativi

ALLEGA

- SCANSIONE DI UN DOCUMENTO IN CORSO DI VALIDITA'
- PERMESSO/CARTA DI SOGGIORNO PER I CITTADINI DI PAESI TERZI
- IMPOSTA DI BOLLO PER € 32,00 ASSOLTA tramite versamento bonifico a favore di: "Bilancio dello Stato Capo VIII, Capitolo 1205, art. 1" BIC: BITAITRRENT - IBAN: IT 07Y 01000 03245 348 008 1205 01
IMPOSTA: Imposta di bollo:

ISTITUTO CASSIERE DATA

NUMERO BONIFICO

ALLEGA
BONIFICO

Il sottoscritto infine ATTESTA la conformità all'originale analogico di tutti i documenti allegati

Il sottoscritto dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 196/2003, che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento dell'istruttoria e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che tutte le dichiarazioni che precedono sono state rese sotto la propria responsabilità a norma del DPR n. 445 del 2000, come in epigrafe dichiarato.

OGNI COMUNICAZIONE DA
PARTE DELL'UFFICIO DOVRA'
ESSERE TRASMESSA
ALL'INDIRIZZO SOPRA
COMUNICATO

SI

Altro indirizzo

LUOGO

DATA

FIRMA

IL DOCUMENTO E' FIRMATO CON FIRMA
ELETTRONICA AVANZATA

IL DOCUMENTO E' FIRMATO CON
SOTTOSCRIZIONE OLOGRAFA. SI ALLEGA PDF