

**VARIAZIONE GESTORE E IDONEITA' PROFESSIONALE DI IMPRESA ISCRITTA AL
REGISTRO ELETTRONICO NAZIONALE DELLE IMPRESE DI TRASPORTO SU
STRADA (REN)**

ATTENZIONE: QUESTO MODULO CONTIENE DELLE DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DELLE **SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE** PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI **DICHIARAZIONI FALSE**, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI FORNIRE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL MEDESIMO TESTO UNICO.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ PROV. _____

IL ____/____/____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____

C.A.P. _____ INDIRIZZO _____

IN QUALITA' DI

titolare

legale rappresentante

DELL'IMPRESA _____

CON SEDE LEGALE IN _____

_____ PROV. _____ C.A.P. _____

INDIRIZZO _____

C.F./P.IVA _____

TEL. _____ CELL. _____ PEC _____

EMAIL _____

ISCRITTA AL REGISTRO ELETTRONICO NAZIONALE DELLE IMPRESE DI TRASPORTO SU

STRADA (REN) AL N. _____

E ALL'ALBO DEGLI AUTOTRASPORTATORI DI COSE PER CONTO DI TERZI DELLA
PROVINCIA DI _____ N. _____
(per le sole imprese che effettuano trasporto di merci su strada)

COMUNICA

- l'impresa non dispone più del gestore dei trasporti in quanto:**

il sig. _____ nato a

(Prov. _____) il ___/___/_____, non esercita più le funzioni di gestore dei trasporti a decorrere dal giorno ___/___/_____ a causa di:

- dimissioni
- licenziamento
- termine del contratto
- perdita del requisito dell'onorabilità (allegare la dichiarazione di onorabilità **per le imprese che effettuano trasporto di merci su strada** allegato 2b alla circolare DG TSI n. 2/2015 del 13 maggio 2015 **per le imprese che effettuano trasporto di persone su strada** allegato 1/b alla circolare DG TSI n. 2/2011 del 2 dicembre 2011)
- decesso
- scomparsa
- incapacità fisica
- perdita o diminuzione della capacità di agire
- altro (specificare): _____

consapevole che ai sensi dell'art. 4 del Decreto del Capo del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici del 25 novembre 2011 prot. n. 291, se entro due mesi (ovvero sei mesi prorogabili, nelle ipotesi di decesso, scomparsa, incapacità fisica, perdita o diminuzione della capacità d'agire) dalla comunicazione di non disporre più del gestore dei trasporti, l'impresa non provvede a designare un nuovo gestore dei trasporti, che sia onorabile ed in possesso della idoneità professionale, l'Autorità competente provvede a revocare l'autorizzazione all'esercizio della professione di trasportatore su strada;

- la variazione del gestore (indicare il nuovo gestore)**

IL/LA SIG./SIG.RA _____

CHE RICOPRE NELL'IMPRESA IL RUOLO
DI _____ (INDICARE SE

AMMINISTRATORE, MEMBRO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE, SOCIO ILLIMITATAMENTE RESPONSABILE, TITOLARE, COLLABORATORE FAMILIARE, DIPENDENTE, GESTORE ESTERNO)

- TITOLARE DI ATTESTATO DI IDONEITÀ PROFESSIONALE PER IL TRASPORTO DI MERCI VALIDO IN AMBITO

- NAZIONALE

NAZIONALE / INTERNAZIONALE

oppure (per le sole imprese che esercitano attività con veicoli di massa complessiva a pieno carico superiore a 1,5 t. e fino a 3,5 t.)

ATTESTATO DI FREQUENZA AL CORSO DI FORMAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA FUNZIONE DI GESTORE DEI TRASPORTI (70 ore)

per il/la quale viene prodotta la dichiarazione di onorabilità (per le imprese che effettuano trasporto di merci su strada allegato 2b alla circolare DG TSI n. 2/2015 del 13 maggio 2015 per le imprese che effettuano trasporto di persone su strada allegato 1/c alla circolare DG TSI n. 2/2011 del 2 dicembre 2011) e la dichiarazione relativa all'assunzione delle corrispondenti funzioni (per le imprese che effettuano trasporto di merci su strada allegato 4 alla circolare DG TSI n. 2/2015 del 13 maggio 2015 per le imprese che effettuano trasporto di persone su strada è sufficiente il già citato allegato 1/c alla circolare DG TSI n. 2/2011 del 2 dicembre 2011)

la variazione della tipologia di idoneità professionale del gestore dei trasporti

IL/LA SIG./SIG.RA _____
CHE RICOPRE NELL'IMPRESA LE FUNZIONI DI GESTORE DEI TRASPORTI HA
CONSEGUITO IN DATA _____ PRESSO

(INDICARE L'ENTE) L'ATTESTATO DI IDONEITA' PROFESSIONALE N. _____
VALIDO IN AMBITO:

NAZIONALE

NAZIONALE / INTERNAZIONALE

LUOGO E DATA	FIRMA (*)
_____ / ____ / ____	_____

(*) La firma di istanze e dichiarazioni sostitutive allegate non è soggetta ad autenticazione quando la firma viene apposta in presenza del dipendente addetto, previa esibizione del documento di identità del sottoscrittore. In alternativa l'istanza può anche essere consegnata a mano dall'interessato o da terzi delegati ovvero spedita per mezzo del sistema postale già sottoscritta, accompagnata dalla fotocopia (fronte-retro) leggibile di un documento d'identità non scaduto del sottoscrittore.

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

I dati personali contenuti nella presente domanda sono raccolti e conservati presso gli archivi cartacei e informatizzati dell'Ufficio della Motorizzazione Civile/Sezione coordinata presso il quale la stessa è stata presentata, secondo le disposizioni previste dal Decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali). Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle funzioni istituzionali previste dalla Legge 6 giugno 1974 n. 298, dall'articolo 1, comma 94 della Legge 27 dicembre 2013 n. 147 (legge di stabilità 2014) e dal D.P.C.M. 8 gennaio 2015. I dati conferiti potranno essere comunicati e diffusi, anche per via telematica, per le stesse finalità di carattere istituzionale, nel rispetto della normativa anzidetta. Titolare del trattamento dei dati è il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti cui l'interessato può rivolgersi per esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del Decreto legislativo 30/06/2003 n. 196.

INDICARE QUI GLI ESTREMI DELLO STUDIO DI CONSULENZA DELLA CIRCOLAZIONE / ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA CHE PRESENTA EVENTUALMENTE LA PRATICA:

DENOMINAZIONE _____

AVENTE SEDE NEL COMUNE DI _____

VIA/C.SO/PIAZZA _____ PROV. _____ C.A.P. _____

TEL. _____ CELL. _____ PEC _____

DATA ___/___/___ FIRMA DEL DELEGANTE _____

FIRMA DEL DELEGATO (per accettazione) _____