



**Amministrazione destinataria**  
Comune di Vizzolo Predabissi

**Ufficio destinatario**  
Ufficio commercio e SUAP

## Domanda di cambio turno per attività di taxi

*Ai sensi del Regolamento Regionale 08/04/2014, n. 2*

### Il sottoscritto

|                                                                                                        |        |                             |                             |                               |                               |       |       |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome                                                                                                |        | Nome                        |                             | Codice Fiscale                |                               |       |       |     |     |
| Data di nascita                                                                                        |        | Sesso                       | Luogo di nascita            |                               | Cittadinanza                  |       |       |     |     |
| Residenza                                                                                              |        |                             |                             |                               |                               |       |       |     |     |
| Provincia                                                                                              | Comune | Indirizzo                   | Civico                      | Barrato                       | Interno                       | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare                                                                                     |        | Telefono fisso              | Posta elettronica ordinaria |                               | Posta elettronica certificata |       |       |     |     |
| in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i> |        |                             |                             |                               |                               |       |       |     |     |
| Ruolo                                                                                                  |        |                             |                             |                               |                               |       |       |     |     |
| Denominazione/Ragione sociale                                                                          |        |                             |                             | Tipologia                     |                               |       |       |     |     |
| Sede legale                                                                                            |        |                             |                             |                               |                               |       |       |     |     |
| Provincia                                                                                              | Comune | Indirizzo                   | Civico                      | Barrato                       | Interno                       | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Codice Fiscale                                                                                         |        |                             | Partita IVA                 |                               |                               |       |       |     |     |
| Telefono                                                                                               |        | Posta elettronica ordinaria |                             | Posta elettronica certificata |                               |       |       |     |     |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio                                               |        |                             |                             | Provincia                     | Numero Iscrizione             |       |       |     |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

### in relazione all'attività di taxi autorizzata con

| Titolo autorizzativo | Numero | Data | Ente di riferimento |
|----------------------|--------|------|---------------------|
| licenza              |        |      |                     |

*(articolo 8 della Legge 15/01/1992, n. 21)*

## CHIEDE

in sostituzione del turno precedentemente assegnato, di poter effettuare il seguente turno di servizio di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 29/05/2017, n. 10/6658

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> | turno ordinario   |
| <input type="radio"/> | turno integrativo |

| titolare                                      |           |          |           |          |
|-----------------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|
| Codice                                        | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore |
|                                               |           |          |           |          |
| Sabato e domenica (in caso di turno spezzato) |           |          |           |          |
| Codice                                        | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore |
|                                               |           |          |           |          |

| secondo autista                                    |           |          |           |          |
|----------------------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|
| <i>(obbligatorio in caso di turno integrativo)</i> |           |          |           |          |
| Codice                                             | Dalle ore | Alle ore | Dalle ore | Alle ore |
|                                                    |           |          |           |          |

|                                                   |                |                             |  |                               |
|---------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> referente per la pratica |                |                             |  |                               |
| Cognome                                           |                | Nome                        |  | Codice Fiscale                |
|                                                   |                |                             |  |                               |
| Data di nascita                                   | Sesso          | Luogo di nascita            |  | Cittadinanza                  |
|                                                   |                |                             |  |                               |
| Telefono cellulare                                | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |  | Posta elettronica certificata |
|                                                   |                |                             |  |                               |

| Elenco degli allegati                                                                                        |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i> |                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          | contrassegni del turno precedentemente assegnato                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria                     |
|                                                                                                              | <i>(da allegare se previsti)</i>                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | copia del permesso di soggiorno                                    |
|                                                                                                              | <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | altri allegati (specificare)                                       |

| Informativa sul trattamento dei dati personali                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                           | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |

|                    |      |                |
|--------------------|------|----------------|
| Vizzolo Predabissi |      |                |
| Luogo              | Data | il dichiarante |