



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:			
NOME:			
NATO A:			
PROV.:		IL:	
CODICE FISCALE			
e residente in COMUNE:		PROV.:	
INDIRIZZO:		N.	
CAP:		TELEFONO:	
INDIRIZZO E-MAIL:			
PEC (obbligatoria per gli iscritti al registro delle imprese e Professionisti):			

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:	
INDIRIZZO:	
STATO UE / SEE	

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 Regolamento (UE) 2016/679, 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

☐ CON FIRMA ELETTRONICA AVANZATA, CONFORME
ALL'ART. 26, REGOLAMENTO (UE) 2014/910
CON SOTTOSCRIZIONE OLOGRAFA. SI ALLEGA PDF