



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

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEI TITOLI E QUALIFICHE PROFESSIONALI ACQUISITE NEI PAESI NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA

(ARTT. 16 e ss., 27 e ss. e 60 decreto legislativo n. 206 del 2007 e art. 49 DPR n. 394 del 1999)



DATI PERSONALI

COGNOME:			
NOME:			
NATO A:			
STATO:		IL:	
NAZIONALITA'			
CODICE FISCALE			
e RESIDENTE IN COMUNE:		PROV.:	
STATO			
INDIRIZZO:		N.	
CAP:		TELEFONO:	
INDIRIZZO E-MAIL:			
PEC			

CHIEDE

**il riconoscimento dei titoli e qualifiche professionali per l'esercizio in Italia della
seguente attività**

ATTIVITA'

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

ALLEGA

SCANSIONE DI UN
DOCUMENTO IN
CORSO DI VALIDITA'

☐ ALLEGA

SCANSIONE
PERMESSO DI
SOGGIORNO IN
CORSO DI VALIDITA'

☐ ALLEGA

STRANIERO NON
SOGGIORNANTE
(art. 49, c. 1 bis, DPR
394/99)

☐

Il sottoscritto 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

che i fatti e gli atti appresso citati ed allegati corrispondono a veridicità e contestualmente

ATTESTA

la conformità all'originale analogico dei seguenti documenti allegati:

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, di formazione, professionali (allegare scansione ottica PDF/A dei titoli corredato dell'elenco delle materie e per gli acconciatori del numero di ore di formazione):

barrare per ogni titolo

TITOLO

NOME DELL'ISTITUTO
O DELL'AUTORITA':

INDIRIZZO:

CITTÀ:

STATO CHE LO HA
RILASCIATO

DATA DI INIZIO:

DATA DI FINE:

DURATA COMPLESSIVA:
ANNI/ORE

oppure per i titoli di studio e accademici

DATA DI
CONSEGUIMENTO

PDF TITOLO DI STUDIO/
CERTIFICATO/
ATTESTATO (in lingua
originale)

☐ ALLEGA

PDF TITOLO DI STUDIO/
CERTIFICATO/ATTESTATO
(in italiano)

☐ ALLEGA

DICHIARAZIONE DI
VALORE IN LOCO

☐ ALLEGA PDF

barrare per ogni titolo

☐

TITOLO

NOME DELL'ISTITUTO
O DELL'AUTORITA':

INDIRIZZO:

CITTÀ:

STATO CHE LO HA
RILASCIATO

DATA DI INIZIO:

DATA DI FINE:

DURATA COMPLESSIVA:
ANNI/ORE

oppure per i titoli di studio e accademici

DATA DI
CONSEGUIMENTO

PDF TITOLO DI STUDIO/
CERTIFICATO/
ATTESTATO (in lingua
originale)

☐ ALLEGA

PDF TITOLO DI STUDIO/
CERTIFICATO/ATTESTATO
(in italiano)

☐ ALLEGA

DICHIARAZIONE DI
VALORE IN LOCO

☐ ALLEGA PDF

barrare per ogni titolo

☐

TITOLO

NOME DELL'ISTITUTO
O DELL'AUTORITA':

INDIRIZZO:

CITTÀ:

STATO CHE LO HA
RILASCIATO

DATA DI INIZIO:

DATA DI FINE:

DURATA COMPLESSIVA:
ANNI/ORE

oppure per i titoli di studio e accademici

DATA DI
CONSEGUIMENTO

PDF TITOLO DI STUDIO/
CERTIFICATO/
ATTESTATO (in lingua
originale)

☐ ALLEGA

PDF TITOLO DI STUDIO/
CERTIFICATO/ATTESTATO
(in italiano)

☐ ALLEGA

DICHIARAZIONE DI
VALORE IN LOCO

☐ ALLEGA PDF

L'ATTIVITA' E'
REGOLAMENTATA
NEL PAESE DI
PROVENIENZA

☐ SI

☐ NO

NEL CASO IN CUI LA PROFESSIONE **NON** SIA REGOLAMENTATA NELLO STATO DI
PROVENIENZA (vedi istruzioni)

ALLEGA

DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE CHE HA ESERCITATO L'ATTIVITÀ IN QUESTIONE PER
ALMENO UN ANNO NEI DIECI ANNI PRECEDENTI LA PRESENTE RICHIESTA:

DENOMINAZIONE DEL
DOCUMENTO

AUTORITA'
EMITTENTE

INDIRIZZO

STATO CHE LO HA
RILASCIATO

ALLEGA
DOCUMENTAZIONE
DEBITAMENTE
LEGALIZZATA

- ☐ SCANSIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA ORIGINALE
- ☐ SCANSIONE DEI DOCUMENTI TRADOTTI IN ITALIANO

DICHIARA IN ALTERNATIVA O IN AGGIUNTA AL TITOLO DI STUDIO O DI FORMAZIONE
PROFESSIONALE DI AVER SVOLTO **NEL PAESE DI PROVENIENZA** LE SEGUENTI:

ATTIVITA'

Per le attività di INSTALLAZIONE DI IMPIANTI, AUTORIPARAZIONE, PULIZIE, MEDIAZIONE
(NON IMMOBILIARE), 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

IN QUALITA' DI

PER UN PERIODO DI
ANNI CONSECUTIVI

COMPROVATI DA IDONEA DOCUMENTAZIONE DI FONTE PUBBLICA DEBITAMENTE
LEGALIZZATA:

DENOMINAZIONE DEL DOCUMENTO IN LINGUA ORIGINALE

ENTE CHE LO HA RILASCIATO

INDIRIZZO

STATO CHE LO HA RILASCIATO

ALLEGA DOCUMENTAZIONE

☐ SCANSIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA ORIGINALE

☐ SCANSIONE DEI DOCUMENTI TRADOTTI IN ITALIANO

AI SOLI FINI DELLA DIMINUZIONE DELLE EVENTUALI MISURE COMPENSATIVE IRROGATE
DICHARA DI AVER SVOLTO IN ITALIA:

BARRARE PER OGNI OCCORRENZA

☐

ATTIVITA'

Per le attività di **INSTALLAZIONE DI IMPIANTI, AUTORIPARAZIONE, PULIZIE, MEDIAZIONE (NON IMMOBILIARE), 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

IN QUALITA' DI

DATA DI INIZIO:

DATA DI FINE:

SE DIPENDENTE INDICARE QUALIFICA E PERCENTUALE DI PART TIME O FULL TIME

QUALIFICA

LIVELLO CONTRATTUALE

CCNL APPLICATO

MANSIONI

% TEMPO LAVORATO
(100 PER FULL TIME)

PRESSO L'IMPRESA DENOMINAZIONE

NUMERO ISCRIZIONE
REGISTRO IMPRESE

NUMERO REA

CC|AA.:

N. ISCRIZIONE
ALBO
ARTIGIANI:

BARRARE PER OGNI
OCCORRENZA

ATTIVITA'

Per le attività di INSTALLAZIONE DI IMPIANTI, AUTORIPARAZIONE, PULIZIE, MEDIAZIONE (NON IMMOBILIARE), 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

IN QUALITA' DI

DATA DI INIZIO:

DATA DI FINE:

SE DIPENDENTE INDICARE QUALIFICA E PERCENTUALE DI PART TIME O FULL TIME

QUALIFICA

LIVELLO CONTRATTUALE

CCNL APPLICATO

MANSIONI

% TEMPO LAVORATO
(100 PER FULL TIME)

PRESSO L'IMPRESA
DENOMINAZIONE

NUMERO ISCRIZIONE
REGISTRO IMPRESE

NUMERO REA

CCIAA.:

N. ISCRIZIONE
ALBO
ARTIGIANI:

BARRARE PER OGNI
OCCORRENZA ☐

ATTIVITA'

Per le attività di INSTALLAZIONE DI IMPIANTI, AUTORIPARAZIONE, PULIZIE, MEDIAZIONE (NON IMMOBILIARE), 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			
IN QUALITA' DI			
DATA DI INIZIO:		DATA DI FINE:	
SE DIPENDENTE INDICARE QUALIFICA E PERCENTUALE DI PART TIME O FULL TIME			
QUALIFICA			
LIVELLO CONTRATTUALE			
CCNL APPLICATO			
MANSIONI			
% TEMPO LAVORATO (100 PER FULL TIME)			
PRESSO L'IMPRESA DENOMINAZIONE			
NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE			
NUMERO REA			
CCIAA.:		N. ISCRIZIONE ALBO ARTIGIANI:	

Per il riconoscimento delle attività di AUTORIPARAZIONE, PULIZIE, MEDIAZIONE, AGENZIA E RAPPRESENTANZA DI COMMERCIO, MEDIAZIONE MARITTIMA, SPEDIZIONE, VENDITA E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI

- ALLEGA
- ☐ CERTIFICATO RILASCIATO DAL PAESE DI PROVENIENZA COMPROVANTE L'ONORABILITA' DEL RICHIEDENTE (vedi istruzioni)
 - ☐ NEL CASO IN CUI L'ORDINAMENTO DELLO STATO MEMBRO NON PREVEDA CERTIFICAZIONE, ALLEGA DICHIARAZIONE GIURATA/SOLENNES RESA DAVANTI ALL'AUTORITA' DELLO STATO MEMBRO

- ALLEGA NEI CASI PREVISTI DALLE DISCIPLINE NAZIONALI
- ☐ TITOLO DI ABILITAZIONE SPECIFICO PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA'
 - ☐ ISCRIZIONE AD ALBI O ELENCHI ABILITANTI L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA'

DICHIARA INFINE

di aver assolto l'imposta di bollo pari ad Euro 32,00 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

BONIFICO N.		DATA	
ISTITUTO CASSIERE		ALLEGA RICEVUTA	☐

Che intende iscriversi presso il SUAP (sportello unico delle attività produttive) di:

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

☐ SÌ
☐ Altro indirizzo

DELEGO A RAPPRESENTARMI NEI RAPPORTI CON L'UFFICIO IL/LA SIG.

MAIL/PEC

LUOGO

DATA

IL DOCUMENTO E' FIRMATO

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