

PROCURA "SPECIALE"

ai sensi co.3 bis art.38 DPR.445/2000

Codice di identificazione della pratica: SUAP _____

CCIAA _____

Io sottoscritto/a

cognome

BERNARDI

nome

GIANPAOLO

in qualità di:

richiedente/ titolare/ legale rappresentante

Richiedente e titolare

dell'impresa/società

UPTILES SRL

codice fiscale

B	R	N	G	P	L	5	3	A	2	3	F	5	0	3	E
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- "aggiungi anagrafica" - in caso di più soggetti

con la presente scrittura, a valere ad ogni fine di legge, conferisco a:

☐ **associazione** (specificare): _____

☐ **studio Professionale** (specificare): _____

☒ **altro** (es.: privato cittadino, da specificare): **LIBERO PROFESSIONISTA**

con sede (solo per forme associate):

comune _____

prov. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nella persona di:

cognome

CANDELI

nome

PIERLUIGI

codice fiscale

C	N	D	P	L	G	5	1	S	2	3	G	7	8	9	H
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Tel./cell. 335498322

e.mail/ PEC

studiocandeli@gmail.com

pier.luigi.candeli@geopec.it

procura speciale:

1. per la sottoscrizione con firma digitale, compilazione e presentazione telematica della pratica, al SUAP territorialmente competente e/o alla CCIAA;
2. per tutti gli atti e le comunicazioni, inerenti all'inoltro on-line della medesima pratica;
3. per l'elezione del domicilio speciale elettronico di tutti gli atti e le comunicazioni inerenti la pratica e/o il procedimento amministrativo, presso l'indirizzo di posta elettronica del procuratore, che provvede alla trasmissione telematica (la ricezione di atti e provvedimenti anche limitativi della sfera giuridica del delegante);
4. altro (specificare, ad es.: ogni adempimento successivo previsto dal procedimento):

Sarà mia cura comunicare tempestivamente l'eventuale revoca della procura speciale a: Sportello

Unico per le attività produttive territorialmente competente/ CCIAA.

Prendo atto dell'informativa* di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy) in calce alla presente.

Dichiaro inoltre

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci o, nel caso di SCIA, consapevole dell'applicazione delle sanzioni penali di cui all'art. 19, comma 6, della legge 241/1990, che:

- ✓ i requisiti dichiarati nella modulistica corrispondono a quelli effettivamente posseduti e richiesti per i soggetti indicati ed i locali dell'attività, dalla normativa vigente,
- ✓ la corrispondenza della modulistica e delle copie dei documenti (non notarili) allegati alla precitata pratica, ai documenti conservati agli atti dell'impresa e del procuratore,
- ✓ di sottoscrivere gli elaborati grafici cartacei, i cui file saranno firmati digitalmente e successivamente inviati dal procuratore.

Cariche sociali

- rilevante nell'ipotesi di domanda di iscrizione della nomina alle cariche sociali-

Dichiara/no che non sussistono cause di ineleggibilità ai fini dell'iscrizione delle cariche assunte in organi di amministrazione (art. 2383 c.c.) e di controllo (art. 2400 c.c.) della società.

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

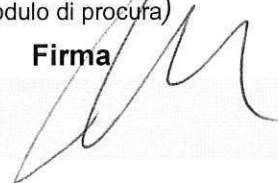
	COGNOME e NOME		
	CODICE FISCALE		
	QUALIFICA(1)	(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc.	
	firma autografa		

Luogo: **FIORANO
MODENESE**

Data: **OTTOBRE 2018**

In fede
(il delegante)
(N.B La firma si intende per la sottoscrizione dell'intero
modulo di procura)

Firma



Unico per le attività produttive territorialmente competente/ CCIA.

Prendo atto dell'informativa* di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy) in calce alla presente.

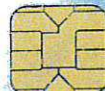
Dichiaro inoltre

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci o, nel caso di SCIA, consapevole dell'applicazione delle sanzioni penali di cui all'art. 19, comma 6, della legge 241/1990, che:

- ✓ i requisiti dichiarati nella modulistica corrispondono a quelli effettivamente posseduti e richiesti per i soggetti indicati ed i locali dell'attività, dalla normativa vigente,
- ✓ la corrispondenza della modulistica e delle copie dei documenti (non notarili) allegati alla precitata pratica, ai documenti conservati agli atti dell'impresa e del procuratore,
- ✓ di sottoscrivere gli elaborati grafici cartacei, i cui file saranno firmati digitalmente e successivamente inviati dal procuratore.

Cognome.....CANDELI
 Nome.....PIERLUIGI
 nato il.....23/11/1951
 (atto n.....89..P.....I.....S.....A 1..)
 a POLINAGO (MO)
 Cittadinanza.....Italiana
 Residenza.....POLINAGO
 Via.....SAN MICHELE n. 3
 Stato civile.....
 Professione.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura.....178
 Capelli.....brizzolati
 Occhi.....verdi
 Segni particolari.....


 Firma del titolare.....
 POLINAGO li.....05/10/2013
 d'Ordine del Sindaco
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
 Impronta del dito indice sinistro
 EURO 5.42


TS
 4-2 2014
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI
 REPUBBLICA ITALIANA
 TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

 Codice Fiscale CNDPLG51S23G789H Sesso M
 Cognome CANDELI
 Nome PIERLUIGI
 Luogo di nascita POLINAGO
 Data di scadenza 29/11/2020 Provincia MO
 Data di nascita 23/11/1951
 Dati sanitari regionali
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

