

PROCURA "SPECIALE"

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

Codice di identificazione della pratica: SUAP _____

CCIAA _____

Io sottoscritto/a

cognome **VENTURELLI**

nome **ALESSANDRO**

in qualità di:

richiedente/ titolare/ legale rappresentante **LIBERO PROFESSIONISTA**

dell'impresa/società _____

codice fiscale

V	N	T	L	S	N	7	2	H	0	2	I	4	6	2	M
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- "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/ 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.

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

IL PROCURATORE (incaricato)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal Procuratore ai sensi del DPR 447/2000, art.47 per presa visione ed accettazione dell'incarico conferito.

Il procuratore, che sottoscrive con firma digitale la copia informatica (immagine scansionata) del presente documento, ai sensi del D.P.R. 445/2000, 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,

dichiara

- ✓ di agire in qualità di procuratore speciale in rappresentanza del soggetto che ha posto la propria firma autografa sulla procura stessa;
- ✓ che i dati trasmessi in via telematica sono stati resi in modo fedele alle dichiarazioni del soggetto rappresentato;
- ✓ che la copia informatica di eventuali documenti non notarili contenenti dichiarazioni presenti nella modulistica destinata al SUAP/CCIA, allegati alla pratica inviata, corrispondono ai documenti acquisiti, che sono stati prodotti dal delegante;
- ✓ che la conservazione in originale dei documenti avviene presso la sede del procuratore qualora non siano custoditi presso il soggetto delegante;
- ✓ che gli elaborati grafici cartacei già firmati da tutti i soggetti (proprietari e tecnici), che a causa del grande formato non sono scansionabili integralmente, sono conformi ai file firmati digitalmente.
I medesimi file, firmati digitalmente, sono inviati con:
 - la copia informatica dell'intestazione/cartiglio cartaceo (di formato A4) contenente le firme dei soggetti sottoscrittori,
 - la copia informatica del documento d'identità dei sottoscrittori.

Firmato in digitale dal procuratore

Nota_1: informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 (Privacy)

I dati riferiti a persone ed imprese sopra riportati, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini della pratica e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Nota_2: Modalità

Il presente modello, se non firmato digitalmente dal delegante, deve essere compilato e sottoscritto con firma autografa dal delegante.

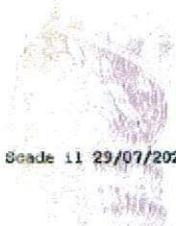
Successivamente a cura del delegato/incaricato/procuratore, deve essere scansionato e trasformato in copia informatica di formato: pdf, firmato digitalmente dal delegato ed allegato alla pratica.

Al presente modello deve essere sempre allegata la copia informatica di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.

La copia informatica del documento è costituita dal documento scansionato.

Cognome **VENTURELLI**
 Nome **ALESSANDRO**
 nato il **02-06-1972**
 (atto n. **611** P. **1** S. **A**)
 e **SASSUOLO**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **MARANELLO (MO)**
 Via **GRIZZAGA N. 133/V**
 Stato civile
 Professione
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,80**
 Capelli **Castani**
 Occhi **Castani**
 Segni particolari


 Firma del titolare *Alessandro Venturelli*
Maranello **30/07/2011**
 Impresa del data
 indice anagrafe
 IL SINDACO
 D'ordine del Sindaco
MATTIOLI ORSOLINA
Mattioli Orsolina


 Scade il **29/07/2021**
 Riscossi € **10,90**
AS 5320756

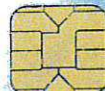
 1123 147 01000000 0000

REPUBBLICA ITALIANA

 COMUNE DI
MARANELLO (Mo)
CARTA D'IDENTITA'
N° AS 5320756
 DI
VENTURELLI
ALESSANDRO

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

