

**CAA SI.NA.L.P. srl**  
**Viale Europa, 300**  
**00144 Roma**  
**Tel. 06.89368350**  
**Fax 06.58343020**

**OGGETTO : richiesta attivazione sportello territoriale CAA SI.NA.L.P. srl**

Il sottoscritto \* (nome e cognome): \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

chiede di attivare una sede del **CAA SI.NA.L.P. srl** nella regione \_\_\_\_\_

A tal fine, comunica i seguenti dati identificativi riferiti alla sede medesima:

Provincia: \_\_\_\_\_ Sede (comune e CAP) \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Dichiara, altresì:

di essere in possesso delle competenze e qualifiche professionali necessarie allo svolgimento delle attività di assistenza procedimentale di cui al D.Lgs. n. 165/1999 e normativa collegata;

che gli uffici della sede per la quale si richiede l'autorizzazione sono in possesso dei requisiti di legge necessari allo svolgimento delle attività di assistenza procedimentale di cui al D.Lgs. n. 165/1999 e normativa collegata;

che la sede per la quale si richiede l'autorizzazione, in conformità con le disposizioni normative vigenti, rimarrà aperta al pubblico per almeno cinque ore al giorno in due giorni della settimana;

di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e normativa collegata, in materia di trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

Allegati: Documento di riconoscimento in corso di validità

\* Il richiedente ed il responsabile tecnico devono essere la stessa persona.