

Amministrazione destinataria

Regione Umbria

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo



## Domanda di autorizzazione per il rilascio/il rinnovo dell'autorizzazione per il mestiere di fochino

***Ai sensi dell'articolo 27 del Decreto del Presidente della Repubblica 19/03/1956, n. 302***

### Il sottoscritto

|                                                                                                        |                |                             |        |                               |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|--------|-------------------------------|------------------------------|
| Cognome                                                                                                |                | Nome                        |        | Codice Fiscale                |                              |
| Data di nascita                                                                                        | Sesso          | Luogo di nascita            |        | Cittadinanza                  |                              |
| Residenza                                                                                              |                |                             |        |                               |                              |
| Provincia                                                                                              | Comune         | Indirizzo                   | Civico | Barrato                       | Scala                        |
|                                                                                                        |                |                             |        |                               | Interno                      |
|                                                                                                        |                |                             |        |                               | SNC <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                        |                |                             |        |                               | CAP                          |
| Telefono cellulare                                                                                     | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |        | Posta elettronica certificata |                              |
| in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i> |                |                             |        |                               |                              |
| Ruolo                                                                                                  |                |                             |        |                               |                              |
| Denominazione/Ragione sociale                                                                          |                |                             |        | Tipologia                     |                              |
| Sede legale                                                                                            |                |                             |        |                               |                              |
| Provincia                                                                                              | Comune         | Indirizzo                   | Civico | Barrato                       | Scala                        |
|                                                                                                        |                |                             |        |                               | Interno                      |
|                                                                                                        |                |                             |        |                               | SNC <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                        |                |                             |        |                               | CAP                          |
| Codice Fiscale                                                                                         |                | Partita IVA                 |        |                               |                              |
| Telefono                                                                                               |                | Posta elettronica ordinaria |        | Posta elettronica certificata |                              |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio                                               |                |                             |        | Provincia                     | Numero Iscrizione            |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

### CHIEDE

|                             |                                                             |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/>       | il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività |
| <input type="radio"/>       | il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività  |
| <b>Titolo autorizzativo</b> |                                                             |
| Numero                      | Data                                                        |
|                             | Ente di riferimento                                         |

**relativamente all'attività di****Classificazione**

- |                          |                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | brillamento di mine con innesco a fuoco (miccia) e con innesco elettrico |
| <input type="checkbox"/> | disgelamento delle dinamiti                                              |
| <input type="checkbox"/> | confezionamento ed innesco delle cariche e caricamento di fori da mina   |
| <input type="checkbox"/> | eliminazione delle cariche inesplose                                     |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- ☒ che nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 (" *Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia* ")
- ☒ di non aver riportato condanne penali ostative allo svolgimento dell'attività e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi dell'articolo 11 e dell'articolo 42 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | copia del nulla osta rilasciato dal Questore della Provincia di residenza                                                                                                                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del certificato medico, rilasciato dal servizio sanitario nazionale o da un medico militare o di polizia, attestante l'assenza di malattie mentali o da vizi che possono diminuire, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere |
| <input type="checkbox"/>            | copia dell'attestato di capacità tecnica rilasciato dalla commissione tecnica provinciale per le sostanze esplosive ed infiammabili                                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | dichiarazione del datore di lavoro attestante lo svolgimento dell'attività in oggetto alle proprie dipendenze o altra documentazione atta a dimostrare il giustificato bisogno del possesso della licenza                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/>            | ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria                                                                                                                                                                                                        |
|                                     | <i>(da allegare se previsti)</i>                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/>            | copia del permesso di soggiorno                                                                                                                                                                                                                       |
|                                     | <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/>            | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)                                                                                                                                                                                                                          |

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

Il dichiarante