

Alla **PROVINCIA DI ROVIGO**
AREA FINANZIARIA E TRASPORTI
SERVIZIO TRASPORTO PRIVATO
Via Ricchieri, detto "Celio" n. 10
45100 ROVIGO

OGGETTO: **COMUNICAZIONE ASSENZA BREVE O TEMPORANEA DEL RESPONSABILE PROFESSIONALE PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI CONSULENZA.**
COMUNICAZIONE DEL RELATIVO SOSTITUTO.

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di _____
dello Studio di consulenza denominato _____
con sede a _____ in Via _____ n. _____

COMUNICA

Ai sensi dell'art. 11 del REGOLAMENTO PER L'ATTIVITÀ DI CONSULENZA PER LA CIRCOLAZIONE DEI MEZZI DI TRASPORTO, l'assenza del Responsabile professionale dello studio:

BREVE (fino a 10 giorni consecutivi e lavorativi):

dal giorno _____ **al giorno** _____;

TEMPORANEA (superiore a 10 giorni consecutivi ma inferiori a 30):

dal giorno _____ **al giorno** _____, durante tale periodo viene individuato quale **SOSTITUTO** del Responsabile professionale il sig./la sig.ra _____

_____ in possesso dell'Attestato di idoneità professionale per l'esercizio dell'attività di consulenza per la circolazione dei mezzi di trasporto N. _____ del _____, rilasciato da _____:

Luogo e data _____

FIRMA

ALLEGATI:

- documento di riconoscimento in corso di validità dello scrivente;
- documento di riconoscimento in corso di validità del SOSTITUTO;
- dichiarazione sostitutiva resa dal SOSTITUTO;
- copia documentazione attestante il rapporto di collaborazione del SOSTITUTO con lo Studio di consulenza;
- copia dell'attestato di idoneità professionale del SOSTITUTO;

SRP A