

Prot.

Alla REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Direzione Centrale Infrastrutture e Territorio
Servizio motorizzazione civile regionale
Sede territoriale di

ATTESTAZIONE DI VIGENZA DI POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE
per la dimostrazione del requisito di IDONEITÀ FINANZIARIA
così come previsto dall'articolo 7 Regolamento europeo n.1071/2009 e articolo 7 Decreto dirigenziale
n.291/2011 (da utilizzare solo per le imprese "nuove" per i primi due anni di iscrizione nel REN)

ATTENZIONE: QUESTO MODULO CONTIENE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE DELLE **SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE** PREVISTE DAGLI ARTT. 75 e 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI **DICHIARAZIONI FALSE**, FALSITÀ NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITÀ. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI FORNIRE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ ED È CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERÀ AI **CONTROLLI** PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

| | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|--|
| Cognome e nome <input type="text"/> | | | |
| Nato/a il <input type="text"/> | Località <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> |
| Comune di residenza <input type="text"/> | | | Cap <input type="text"/> |
| Via <input type="text"/> | n. <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> |
| Codice fiscale <input type="text"/> | Indirizzo PEC <input type="text"/> | E mail <input type="text"/> | Recapiti telefonici <input type="text"/> |
| In qualità di <input type="text"/> | | | |
| <i>(esplicitare il titolo abilitativo del soggetto che sottoscrive in nome e per conto della Compagnia di Assicurazione emittente l'attestazione (ad esempio: procuratore, legale rappresentante, etc.</i> | | | |
| Della Compagnia di Assicurazione <input type="text"/> | | | |
| Autorizzata ed iscritta a IVASS al n. <input type="text"/> abilitata al rilascio delle specifiche garanzie richieste per la dimostrazione del requisito dell'idoneità finanziaria | | | |
| Con sede legale in <input type="text"/> | | | Cap <input type="text"/> |
| Via <input type="text"/> | n. <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> |
| Agenzia di <input type="text"/> | | | |
| Con sede legale in <input type="text"/> | | | Cap <input type="text"/> |
| Via <input type="text"/> | n. <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> |

Datare e firmare tutte le pagine che compongono la dichiarazione

| | |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | Timbro della Compagnia di Assicurazione firma leggibile del dichiarante <input type="text"/> |
|----------------------|--|

ATTESTA e DICHIARA

ai fini della dimostrazione del requisito dell'idoneità finanziaria ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del regolamento (CE) n. 1071/2009, dell'articolo 7 del Decreto del Capo del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti del 25 novembre 2011, prot. n. 291 e delle relative circolari applicative della Direzione generale per il trasporto stradale per l'intermodalità

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole della decadenza dai benefici prescritta dall'articolo 45 e delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R., in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizioni di atti falsi o contenenti dati non rispondenti alla verità

di aver stipulato il contratto di fideiussione mediante

Polizza di RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE a favore della sotto indicata impresa

avente per oggetto l'indennità dell'Assicurato per le somme (capitale, interessi e spese) che questi sia tenuto a pagare a terzi, nell'esercizio della professione di autotrasportatore di cose su strada per conto di terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento per perdite patrimoniali e danni a cose e persone involontariamente cagionati al terzo reclamante, e che siano il risultato di negligenza, imprudenza o imperizia, errori e omissioni commessi dall'Assicurato, da dipendenti e/o dirigenti dell'Assicurato, da qualsiasi altra persona, Società o Ditta che agisca in nome o per conto dell'Assicurato stesso, e imputabili a colpa professionale nell'esercizio dell'attività esercitata dall'Assicurato,

Polizza Numero

Di Data

Con Scadenza

(il termine fa riferimento alla scadenza del contratto di fideiussione e, comunque non deve essere superiore ad un anno dalla data di stipula del contratto stesso)

per l'importo solidalmente garantito fino alla concorrenza massima di Euro (lettere e cifre)

a garanzia di tutti i danni che l'impresa assicurata dovesse recare a terzi nello svolgimento dell'attività di autotrasporto di cose per conto di terzi ed in connessione all'attività stessa, indipendentemente dal patrimonio netto dell'assicurato.

L'importo deve almeno corrispondere a quello necessario in relazione al parco veicolare di cui l'impresa dispone e/o intende disporre pari a euro 9000 per un solo veicolo e euro 5000 per ogni veicolo supplementare (esclusi rimorchi ed esclusi veicoli aventi massa complessiva non superiore a 1,5 tonnellate)

La presente ATTESTAZIONE avrà la validità di un anno dalla data del rilascio e **sarà tacitamente rinnovata di anno in anno**, salvo disdetta da parte della Compagnia di Assicurazione da comunicarsi almeno 3 mesi prima della ricorrente scadenza annuale all'Autorità competente in indirizzo ed all'Impresa sopra citata.

DICHIARA INOLTRE

che sono presenti in polizza le seguenti condizioni:

1. Foro competente: il Foro competente per le eventuali controversie è la sede del contraente/assicurato (specificare)

2. Legislazione applicabile: per qualunque controversia al contratto si applicherà esclusivamente la legislazione italiana.

DATI DELL'IMPRESA PER LA QUALE SI CERTIFICA L'DONEITA' FINANZIARIA

Denominazione/Ragione sociale dell'impresa/Forma giuridica

Sede legale

Prov.

Via

n.

Cap

Codice fiscale

Partita IVA

Numero iscrizione REN (se già assegnato)

Numero iscrizione Albo (se già assegnato)

Posizione meccanografica (se già assegnato)

Indirizzo PEC

E-mail

Recapiti telefonici

Iscritta al Registro delle imprese presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura

Numero REA

Luogo

Data

Datare e firmare tutte le pagine che compongono la dichiarazione

**Timbro della Compagnia di Assicurazione
firma leggibile del dichiarante**

Lo scrivente è consapevole di avere l'obbligo di comunicare in forma scritta, all'Ufficio della Motorizzazione Civile, ai sensi dell'articolo 7 del Decreto del Capo del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti del 25 novembre 2011, prot. n. 291, entro quindici giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ogni fatto che determini la diminuzione o la perdita dell'idoneità finanziaria qui attestata.

INFORMATIVA ARTICOLO 13 DEL D.LGS. N. 196/2003

Ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati obbligatoriamente raccolti in base alla presente istanza sono destinati unicamente all'istruzione della medesima e che sono trattati per via telematica e/o manuale. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali preclude la possibilità di accedere ai documenti richiesti; l'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli da 7 a 10 del D.Lgs. N. 196/2003.

| | |
|--------------|--|
| Luogo e data | Timbro della Compagnia di Assicurazione firma leggibile del dichiarante |
|--------------|--|

La sottoscrizione di istanze e dichiarazioni sostitutive allegate non è soggetta ad autenticazione quando la firma viene apposta in presenza del dipendente addetto, previa esibizione del documento di identità del sottoscrittore. In alternativa l'istanza può anche essere consegnata a mani dall'interessato o da terzi delegati ovvero spedita per mezzo del sistema postale già sottoscritta e deve essere accompagnata dalla fotocopia (fronte-retro) leggibile di un documento d'identità non scaduto del sottoscrittore.

allegati

- Delega alla presentazione della pratica + Copia documento d'identità fronte/retro non scaduto e leggibile del delegato
- Copia documento d'identità fronte/retro non scaduto e leggibile del dichiarante
- Copia codice fiscale (se non incluso nel documento d'identità) fronte/retro e leggibile del dichiarante
- Dichiarazione che espliciti il titolo abilitativo del soggetto che sottoscrive in nome e per conto Compagnia di Assicurazione emittente l'attestazione

Dichiarazione di delega

(per i soli soggetti privati)

Il/la sottoscritto/a Cognome e nome _____

In qualità di titolare legale rappresentante

Dell'impresa _____

Delega

Il/la sig./sig.ra Cognome e nome _____

_____ Nato/a il _____ Località _____ Prov. _____

Comune di residenza _____ Cap _____

Via _____ n. _____ Prov. _____

munito di documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____ con scadenza _____

ad operare per conto dello scrivente presso gli sportelli di codesto ufficio per l'espletamento della seguente pratica

IL DELEGATO È TENUTO A PRODURRE ALL'UFFICIO UNA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ FRONTE/RETRO PER I CONTROLLI PREVISTI DALL'ART.9 DELLA LEGGE N. 264/91 (ESERCIZIO ABUSIVO DELL'ATTIVITÀ DI CONSULENZA PER LA CIRCOLAZIONE DEI MEZZI DI TRASPORTO)

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____