logo Comune

REGIONE ABRUZZO

Comune di .....

Servizio S.U.A.P. – Sportello Unico per le Attività Produttive

REGIONE ABRUZZO

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' – SCIA
INIZIO ATTIVITÀ ACCOMPAGNATORE TURISTICO
ISCRIZIONE ELENCO ACCOMPAGNATORI TURISTICI DELLA REGIONE ABRUZZO

allegato alla modulistica – **Mod. SCIA**

Mod. C 8.0

Allegato C 8.0 – Inizio attività Accompagnatore Turistico
(Art. 35-bis L.R. 14/07/1987 n. 39 come modificata dalla L.R. 05/05/2015, n. 9)

Amministrazione competente: Regione Abruzzo – Dipartimento Trasporti, Mobilità, Turismo e Cultura -DPE
C.so Vittorio Emanuele II n. 301 - 65122 Pescara – turismo@pec.regione.abruzzo.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTI DI NOTORIETA'
(sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire **– artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000**)

Il/la sottoscritt.. (*nome*) .... (*cognome*) ……..
C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |
nat.. il ……/……/……. a ……..(……) cittadinanza ……..
residente a …….. (……) via ……n. …. CAP. ……..
domiciliat.. a ……(……) via ……n. …. CAP ……..
Tel …… Cell. …… E-mail ……..
Pec ……..

Al fine di iniziare l'attività di Accompagnatore Turistico nella Regione Abruzzo, consapevole delle sanzioni amministrative e penali cui può incorrere in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

1. di non aver riportato condanne penali che comportino l'interdizione, anche temporanea, dall'esercizio della professione, salvo che non sia intervenuta la riabilitazione;

2. di essere in possesso dei requisiti professionali di cui all'art. 35-bis della L.R. 14/07/1987 n. 39 e s.m.i. come novellato dalla L.R. 05/05/2015, n. 9, art. 1 in quanto:
(*indicare, tra le seguenti, la propria situazione*)

☐ - superamento dell'esame di abilitazione nella Regione Abruzzo ai sensi del comma 3.a) dell'art. 35-bis della L.R. 39/1987 come risulta dal provvedimento n° …… del .....;

☐ - è in possesso dell'attestato di qualifica post-diploma di Accompagnatore Turistico riconosciuto ai sensi delle leggi regionali vigenti conseguito in data ..... presso Università/Istituto/Scuola/Organismo Formazione/... (*indicare denominazione completa)* ..... città ..... prov. ....., Via ..... n. .....;

☐ - ha conseguito l'idoneità/abilitazione a seguito di esame (se previsto) presso la Regione/Provincia Autonoma (*specificare quale*) …… con provvedimento n° …… del .....;

Il Segnalante

..... informazioni indicative Comune / SUAP .....

☐ - precedentemente iscritta/o all'Albo della Regione (*specificare quale*) ..……..……

e cancellato in data …….. con provvedimento n° ……;

3. di possedere le seguenti competenze linguistiche (indicare esclusivamente le lingue straniere per le quali è stata/o rilasciata/o l'abilitazione o l'attestato di qualifica su indicato):

1) …… 2) …… 3) …… 4) ……,

acquisite nel percorso:

☐ per conseguimento della citata qualifica post-diploma di Accompagnatore Turistico riconosciuta ai sensi delle leggi regionali vigenti;

☐ per conseguimento di idoneità linguistica rilasciata con la citata abilitazione all'esercizio della professione;

❒ aver ottenuto l'estensione linguistica a seguito di esame presso la Regione/Provincia Autonoma (*specificare quale*) ……..…… in data …….. con provvedimento n° ……. (indicare eventuali lingue straniere per le quali è stata riconosciuta l'estensione dopo l'abilitazione all'esercizio della professione):

1) …… 2) …… ;

Pertanto,

CHIEDE

l'iscrizione all'elenco regionale degli Accompagnatori Turistici della Regione Abruzzo, istituito ai sensi dell'art. 7 della L.R. 5 maggio 2015, n. 9 "Modifiche alla legge regionale 14 luglio 1987, n. 39".

_____ _____

(località e data) *(il dichiarante)*

ALLEGATI:
Copia di un documento d'identità in corso di validità

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. LGS. 30/06/2003 N. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/La sottoscritt…. , ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003, rende il proprio consenso affinchè le informazioni ed i dati sotto indicati possano essere oggetto di trattamento da parte della Regione Abruzzo, compresa l'iscrizione negli elenchi, di cui all'art. 44 della L.R. n. 39/1987 e smi che hanno valore ricognitivo e informativo e sono pubblicati sul sito internet istituzionale della Regione Abruzzo.

Cognome e Nome					
Residente a		Cap		Provincia	
Via					
Recapiti telefonici					
FAX					
Posta elettronica					
Altri indirizzi di posta					

_____, lì_____ Il Segnalante

_____

N.B. L'Amministrazione competente effettuerà idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di Certificazioni o di Atti di Notorietà a norma dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000
Conferimento dei dati: è necessario come onere per l'interessato che voglia ottenere un determinato provvedimento/servizio;
Rifiuto di conferire i dati: l'eventuale rifiuto di conferire, da parte dell'interessato, i dati contenuti nella modulistica comporta l'impossibilità di evadere la pratica od ottenere l'effetto previsto dalla legge e/o da regolamenti;

Tutte le pagine delle modulistiche (S.C.I.A. e relativi allegati) devono essere firmate dal/i segnalante/i e dal/i professionista/i incaricati per espressa presa visione, accettazione e corretta compilazione.