ELENCO RACCOMANDATARI MARITTIMI DI CAGLIARI, NUORO E ORISTANO

DEPOSITO APPENDICE INTEGRATIVA A POLIZZA GIA' DEPOSITATA

(in bollo – vedi sezione ALLEGATI)

Il sottoscritto _____ _____
cognome *nome*

nato a _____ prov. ____ il _____

codice fiscale _____

residente in _____ prov. ____ cap _____

via/piazza _____ n. ____ telefono _____

e-mail _____ pec _____

iscritto dal _____ al n. _____ dell'Elenco dei Raccomandatari marittimi di Cagliari-Oristano, abilitato a operare nel/i porto/i di _____

in qualità di:

☐ titolare dell'impresa

☐ amministratore della società

☐ institore in nome e per conto della società

☐ dipendente

dell'impresa/società _____

letta l'informativa sul trattamento dei dati personali comunicati con la presente domanda

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del decreto del presidente della repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di dichiarazione mendace, falsità in atti e uso di atti falsi e, della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ex art. 75 dello stesso D.P.R.

di aver stipulato, a copertura dei rischi professionali, la polizza fideiussoria n. _____

del _____ Istituto emittente _____

importo _____

DEPOSITA

☐ Appendice integrativa a raggiungimento del massimale di € 10.000,00

☐ Appendice integrativa altro (specificare) _____

ALLEGA

la seguente documentazione, ai sensi degli artt. 19 e 46 del D.P.R 445/2000:

- ricevuta del versamento dei diritti di segreteria (€ 10,00 - causale "Iscrizione nell'Elenco Raccomandatari Marittimi") e dell'imposta di bollo (€ 16,00), che possono essere pagati:
  - attraverso la modalità di pagamento PagoPA;
  - con versamento contanti/bancomat/carta di credito, direttamente negli sportelli delle sedi camerali di Largo Carlo Felice, 70 Cagliari o via Carducci 23-25 Oristano;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e leggibile ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 38 D.P.R. n. 445/2000;
- fotocopia della tessera sanitaria o codice fiscale, in corso di validità, valida e leggibile ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 38 D.P.R. n. 445/2000;
- fotocopia polizza fideiussoria a suo tempo costituita;
- appendice integrativa (copia per il beneficiario).

Se la domanda è trasmessa via posta su tutte le fotocopie allegate il richiedente deve apporre la seguente dicitura: "**Il/La sottoscritto/a** *(nome e cognome)* **consapevole delle responsabilità penali previste in caso di false dichiarazioni, attesta, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del DPR 445/2000, la corrispondenza del presente documento all'originale in proprio possesso**", seguita dalla **data** e dalla **firma**.

Data

Firma

Note per la compilazione della domanda e l'allegazione dei documenti

Il modulo è compilabile a video e, dopo la compilazione:

1. può essere salvato, firmato digitalmente e spedito anche via mail all'indirizzo pec cciaa@pec.caor.camcom.it;
2. può essere stampato e sottoscritto con firma autografa (a mano) e poi, in alternativa:
   - scansionato e inviato all'indirizzo pec cciaa@pec.caor.camcom.it
   - consegnato a mano
   - inviato con raccomandata con ricevuta di ritorno

N.B.: in caso di firma autografa occorre allegare copia del documento di identità in corso di validità del firmatario.

Formato degli allegati

Alcuni istituti emettono polizze in formato digitale.

Per garantire l'integrità del documento e la sua corretta gestione e archiviazione, se la polizza è emessa:

- **in formato digitale**: è necessario trasmettere la domanda di revisione con tutti gli allegati alla pec camerale cciaa@pec.caor.camcom.it;
- **in formato cartaceo**: è necessario trasmettere la domanda di revisione con tutti gli allegati con raccomandata con ricevuta di ritorno oppure consegnarla a mano in una delle due sedi della Camera di commercio di Cagliari-Oristano (Largo Carlo Felice, 70 - Cagliari - Via Carducci 23/25 – Oristano - dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle 12:00).

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Verifica dei pagamenti per diritti di segreteria, effettuati attraverso la modalità di pagamento PagoPA

in data _____ *dall'addetto camerale* _____

☐ *pagamento verificato pari a €* _____

☐ *pagamento non verificato*

☐ *emesso avviso di pagamento tramite piattaforma MOPA in data* _____

I dati personali comunicati in questo modulo sono trattati nell'ambito della normale attività della Camera di Commercio di Cagliari-Oristano per l'adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria, ovvero a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e

controllo. Si fa esplicito e completo riferimento all'informativa pubblicata sul sito istituzionale alla pagina Privacy - Informative -Area Anagrafe, promozione economica e regolazione del mercato – Elenchi e Ruoli.