**MOD. D** - ADDETTI AI SERVIZI DI CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI INTRATTENIMENTO E DI SPETTACOLO - RICHIESTA DI RINNOVO ISCRIZIONE NELL’ELENCO PREFETTIZIO

|  |  |
| --- | --- |
| Marcada bollo € 16,00 | Al Prefetto della provincia di CasertsPiazza Della Prefettura n.2 81100CASERTA |

Il/La sottoscritto/a

nat\_ a (prov. ) il residente in

 (prov. ) via n.
codice fiscale

consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni false e di formazione o uso di atti falsi

**NELLA SUA QUALITÀ DI:**

**□** Gestore del locale/organizzatore della manifestazione

*(denominazione e ubicazione)*

in nome e per conto della ditta/società

con sede legale nel comune di (prov. )

in via/piazza n.

partita I.V.A./codice fiscale

telefono

fax indirizzo PEC

**□** Titolare di istituto di vigilanza/investigazioni in nome e per conto della ditta/società

con sede legale nel comune di (prov. )

in via/piazza n.

autorizzato con licenza

*(numero* *e* *data*

rilasciata da

partita I.V.A./codice fiscale

telefono

fax indirizzo PEC

**CHIEDE**

1 Qualora la sottoscrizione non sia apposta in presenza di un addetto della Prefettura , è necessario allegare copia fotostatica di un documento di identità personale in corso di validità.

**per il proprio dipendente di seguito indicato il rinnovo dell’iscrizione nell’elenco del personale addetto ai servizi di controllo delle attività di intrattenimento e di spettacolo in luoghi aperti al pubblico o in pubblici esercizi di cui al D.M. 6 ottobre 2009:**

sig./sig.ra

(nome e cognome)

nat\_\_ a (prov. ) il

residente a (prov. )

in via/piazza n. tel
codice fiscale

modalità di assunzione

(tipologia contrattuale)

Si allega: **1)** la dichiarazione sottoscritta dal dipendente attestante il possesso dei requisiti di cui all’art. 1, comma 4, del D.M. 6 ottobre 2009, **2)** certificato medico attestante l’idoneità psico – fisica per lo svolgimento dell’attività di controllo di cui all’art.5 del D.M. 06.10.2009, assenza di uso di alcol e stupefacenti accertate con visita medica preassuntiva dal medico competente o dal Dipartimento di prevenzione della A.S.L., **3)** copia dell’attestato del corso di formazione di cui all’art.3 del D.M. 06.10.2009 (solo se l’iscrizione è stata conseguita presso altra Prefettura), **4)** contratto di lavoro.

(luogo e data) (firma)1