

AL DIPARTIMENTO DEI TRASPORTI TERRESTRI  
Ufficio Provinciale di Treviso

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

In qualità: Proprietario / Legale Rappresentante della Società <sup>(1)</sup>

Denominata: \_\_\_\_\_  
 Con sede in: \_\_\_\_\_  
 Iscritta al Registro delle Imprese c/o la C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_ al N. \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Partita IVA: \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Proprietaria:  
 Del veicolo <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ Targato \_\_\_\_\_  
 N° telaio \_\_\_\_\_ Destinazione \_\_\_\_\_ Uso \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. N° 445 del 28/12/2000, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N° 445 del 28/12/2000, di aver dato incarico allo Studio di Consulenza AGENZIA ITALIA SPA VIA V. ALFIERI N.1 31015 CONEGLIANO (TV) per l'espletamento di tutte le formalità inerenti al passaggio di proprietà del suindicato veicolo.

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 (luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
 (firma leggibile del dichiarante <sup>3</sup>)

## Note:

(1) Barrare la voce non corretta

(2) fabbrica e tipo

(3) la firma non necessita di autenticazione e deve essere apposta per esteso ed in modo leggibile

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000<sup>1)</sup>)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Conseguivo dalle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. N° 448 del 28/12/2000, in caso di falsità, in atti e dichiarazioni mendaci.

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- di essere cittadino italiano \_\_\_\_\_
- di essere nella seguente posizione agli affetti militari \_\_\_\_\_
- di essere il legale rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_  
avente sede legale a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ; P. IVA. \_\_\_\_\_ iscritta al registro delle imprese cioè la CCIAA  
n° \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile del dichiarante<sup>2)</sup>)

**Note:**

- (1) compilare solo le parti relative ai dati da certificare, barrando il numero corrispondente.
- (2) La firma non necessita di autenticazione e deve essere apposta per esteso ed in modo leggibile.