

Spett.le
 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
 Via Degasperi, 79
 38123 TRENTO
 Fax 0461/904016
 Pec.: apss@pec.apss.tn.it

ELENCO INDIRIZZI ENTI COMPETENTI PER LE VERIFICHE

TIPOLOGIA di VERIFICA	ENTE competente per le verifiche	INDIRIZZO dell'ENTE (Via/Piazza, CAP, Città, Prov.)	Recapiti dell'ENTE (campi obbligatori)
Richiesta di informazioni antimafia ai sensi del D.Lgs 8 agosto 1994, n. 490 e del D.P.R. 3 giugno 1998, n. 252. Legge 31 maggio 1965, n. 575 e ss.mm.	UFFICIO ANTIMAFIA c/o la Prefettura U.T.G. di _____	Via _____ CAP _____, Città _____ (___)	Tel. _____ Fax _____ e-mail (PEC) _____ _____
Violazioni rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse nei confronti dell'Impresa e dei Legali Rappresentanti della stessa	AGENZIA DELLE ENTRATE di _____	Via _____ CAP _____, Città _____ (___)	Tel. _____ Fax _____ e-mail (PEC) _____ _____
Ottemperanza agli obblighi in materia di collocamento dei disabili previsti dall'art.17, della Legge 12 marzo 1999, n. 68	PROVINCIA di _____	Via _____ CAP _____, Città _____ (___)	Tel. _____ Fax _____ e-mail (PEC) _____ _____

TIPOLOGIA DI VERIFICA: assenza di procedimenti per l'applicazione delle **misure di prevenzione** di cui all'art. 3 della L. 27 dicembre 1956 n. 1423 nei confronti dei soggetti che devono possedere i requisiti generali di partecipazione indicati all'art. 38 del D.Lgs. 163/2006

ENTE COMPETENTE PER LA VERIFICA: Ufficio misure di Prevenzione c/o Tribunali (*)

NOME, COGNOME, CARICA del soggetto sottoposta a verifica	RESIDENZA ANAGRAFICA del soggetto sottoposto a verifica	ENTE competente per le verifiche	INDIRIZZO dell'ENTE (Via/Piazza, CAP, Città, Prov.)	Recapiti dell'Ente
Sig. _____ _____ _____	residente a _____ () in Via _____ - CAP _____	<u>UFFICIO MISURE DI PREVENZIONE</u> c/o il Tribunale di _____	(*) Via _____ - CAP _____, Città _____ ()	Tel. _____ Fax _____ e-mail (PEC) _____ _____
Sig. _____ _____ _____	residente a _____ () in Via _____ - CAP _____	<u>UFFICIO MISURE DI PREVENZIONE</u> c/o il Tribunale di _____	(*) Via _____ - CAP _____, Città _____ ()	Tel. _____ Fax _____ e-mail (PEC) _____ _____
Sig. _____ _____ _____	residente a _____ () in Via _____ - CAP _____	<u>UFFICIO MISURE DI PREVENZIONE</u> c/o il Tribunale di _____	(*) Via _____ - CAP _____, Città _____ ()	Tel. _____ Fax _____ e-mail (PEC) _____ _____
Sig. _____ _____ _____	residente a _____ () in Via _____ - CAP _____	<u>UFFICIO MISURE DI PREVENZIONE</u> c/o il Tribunale di _____	(*) Via _____ - CAP _____, Città _____ ()	Tel. _____ Fax _____ e-mail (PEC) _____ _____

Data _____

Timbro e firma _____

(*) Nel presente campo dovranno essere inseriti i dati dei Tribunali territorialmente competenti all'effettuazione delle verifiche relative all'assenza di procedimenti per l'applicazione di misure di prevenzione (art. 3 L.27/12/1956 n. 1423) di ciascuno dei soggetti che devono possedere i requisiti generali di partecipazione indicati all'art. 38 del D.Lgs. 163/2006 *(il titolare e il direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale; i soci e il direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo, i soci accomandatari ed i direttori tecnici se si tratta di società in accomandita semplice, gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza e i direttori tecnici -ovvero il socio unico o il socio di maggioranza, in caso di società con meno di quattro soci- se si tratta di altro tipo di società)*. Il Tribunale di riferimento deve essere individuato in base alla residenza anagrafica del soggetto, che si chiede di specificare.