

Dati della persona che presenta la domanda:
nominativo _____
telefono _____

Marca da bollo
Euro 14,62



**Camera di Commercio
Cosenza**

**ALLA CAMERA DI COMMERCIO I. A. A.
Ruolo degli Agenti di Affari in Mediazione
Via Calabria n.33 - 87100 - COSENZA**

**RICHIESTA/RINNOVO TESSERINO DI RICONOSCIMENTO
RUOLO DEGLI AGENTI DI AFFARI IN MEDIAZIONE.**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ *il* _____ *Residente in* _____

Via _____ *n.* _____

Con il seguente numero di **codice fiscale**:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iscritto nel Ruolo degli Agenti di Affari in Mediazione, al n° ____ in data ___/___/___ nella/e sottoindicata/e sezione/i:

- a) Agenti _____
- b) Agenti _____
- d) Agenti _____

CHIEDE

- Il rinnovo del tesserino di riconoscimento;
- Il rilascio del tesserino di riconoscimento per se stesso;
- Il rilascio del tesserino di riconoscimento in qualità di legale rappresentante, alla società _____ iscritta nel Ruolo degli Agenti di Affari in Mediazione al N° ____ in data ___/___/___ nella/e sottoindicata/e sezione/i:

- c) Agenti _____
- d) Agenti _____
- d) Agenti _____

Il sottoscritto allega i seguenti documenti:

- a) Assicurazione professionale; massimale di assicurazione per ditta individuale € 260.000,00 – per società di persone €520.000,00 – società di capitali €1.550.000,00;
- b) Iscrizione RI o certificazione di lavoro dipendente;
- c) Attestazione del versamento di **Euro 10,00 da effettuare sul c/c 227876**, intestato alla Camera di Commercio I.A.A. – via Calabria 33 / 87100 Cosenza, causale “diritti di segreteria per rilascio/rinnovo tessera di riconoscimento mediatori”;
- d) N. 2 foto formato tessera, di cui una autenticata, (non servono in caso di rinnovo);
- e) N. 1 marca da bollo da €14,62

Data _____

Firma

informativa ai sensi del D. L.vo 196/2003 sulla tutela della “Privacy”

Il sottoscritto, nel trasmettere i propri dati alla C.C.I.A.A. di Cosenza, acconsente al loro trattamento da parte della stessa per le finalità previste dalla Legge.

Data _____

Firma

INFORMAZIONI SULLA PRATICA AI SENSI DELLE L. 241/90 e succ. modif. e integr.

Il responsabile del procedimento è il dott. Giuseppe Spizzirri.

Per ulteriori informazioni rivolgersi agli sportelli

- dal lunedì al venerdì : negli orari dalle 8,30 alle 12,30; solo nei giorni di lunedì - martedì e giovedì dalle 15,30 alle 17,30

tel. 0984 . 815.295/296/298/278

A cura dell'Ufficio

Esito pratica: _____ data ___/___/_____

Firma del responsabile del procedimento
