

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto Il sottoscritto Troiani Pierluigi nato a Roma il 25/12/1965  
residente a Roma Prov. Roma in Piazza Melozzo da Forli , 4 , codice fiscale: TRNPLG65T25H501P,  
documento di identità n. AX9613346 rilasciato il 5/07/2016 da Comune di Roma  
in qualità di **Legale Rappresentante della Ditta/Società MARI SPORT SISTEM S.R.L.** , con sede legale  
in Formello , Viale Romania , n. 6, Codice Fiscale e Partita I.V.A.12347551009 ;, telefono 0690400102,  
indirizzo di posta elettronica certificata PEC marisportsistem@pec.it .

**consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000;**

**con riferimento alla richiesta di Regolarità Tributaria, ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Comunale approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 45 del 31.07.2023.**

**DICHIARA**

**X** di non avere, con il Comune di Taormina, debiti scaduti ed esigibili di natura tributaria e/o patrimoniale ;

ovvero

ai sensi del D.P.R. 445/2000 autocertifica quanto segue: \_\_\_\_\_ ;

Taormina, li 29/05/2024

Il Dichiarante

**MARI SPORT SISTEM S.R.L.**  
Viale Romania, 6  
00060 Formello (Roma)  
Partita IVA 12347551009

**ALLEGATI:**

Alla presente domanda si allega la seguente documentazione:  
- copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore

**N.B.:** la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) Ove il richiedente è una società l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale.

TESSERA SANITARIA REGIONALE LAZIO

IT

25/12/1965

02/09/2022

TRNPLG65T25H501P SSN-MIN SALUTE - 5000001

80380001200163329075

TROIANI

PIERLUIGI

TRNPLG65T25H501P

Cognome **TROIANI**

Nome **PIERLUIGI**

nato il **25/12/1965**  
(atto n. **01329** P. **1** S. **A17**)

a **ROMA**

Cittadinanza **ITALIANA**

Residenza **ROMA**

Via **PIAZZA MELOZZO DA FORLÌ N° S.C.F. IN.21**

Stato civile **CONIUGATO**

Professione **IMPRENDITORE**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1,70**

Capelli **Brizzolati**

Occhi **Verdi**

Segni particolari \_\_\_\_\_



Firma del titolare *[Signature]*

**ROMA** li **05 LUG 2016**

Imposta del dato  
melece sinistro

LOP

MUN. IDENTITÀ  
CIPIO

AG 2014

TESSERA SANITARIA  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

REPUBLICA ITALIANA

REGIONE LAZIO

Codice Fiscale **TRNPLG65T25H501P** Sesso **M**

Cognome **TROIANI**

Nome **PIERLUIGI**

Luogo di nascita **ROMA**

Provincia **RM**

Data di nascita **25/12/1965**

Data di scadenza **02/09/2022**



DATA DI SCADENZA  
**25 DIC 2026**

**AX9613346**

IPZS spa - OCY - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
**ROMA**

**CARTA D'IDENTITÀ**

N° **AX9613346**

DI

**TROIANI**

**PIERLUIGI**