



# Division of Licensing Services

**INVIARE IL MODELLO COMPILATO A:**  
NYS Department of State  
Division of Licensing Services, Complaint Review Office  
PO Box 22001  
Albany, New York 122001-2001  
(518) 473-2728

## Richiesta di risarcimento preliminare

**IMPORTANTE:** Il Dipartimento di Stato rappresenta gli interessi dei cittadini dello Stato di New York, i quali possono essere diversi dai vostri. Non possiamo offrirvi consulenza legale e non possiamo richiedere i danni per vostro conto. Per assistenza su queste questioni, dovrete consultare un avvocato. Se ritenete che un soggetto abbia commesso un crimine, dovrete contattate le forze dell'ordine. Questo documento è soggetto a divulgazione in conformità con quanto disposto dalla legge sulla libertà di informazione (Freedom of Information Law). La persona o la ditta oggetto della denuncia riceverà una copia di questo documento.

Hai avviato una vertenza giudiziaria? (spuntare un'opzione)  SÌ  NO

Se la risposta è sì, vi preghiamo di capire che non possiamo investire questioni che sono oggetto di vertenza giudiziaria in corso.

È in possesso di una licenza del Dipartimento di Stato (Department of State)?  SÌ  NO

Che tipo di licenza possiede? \_\_\_\_\_

## SCRIVERE IN STAMPATELLO O STAMPARE IL MODULO COMPILATO

NOME (NOME, COGNOME, INIZ. 2° NOME, SUFFISSO)

INDIRIZZO (VIA E NUMERO CIVICO) (PERSONALE o COMMERCIALE)

CITTÀ STATO ZIP+4 CONTEA

TELEFONO ABITAZIONE TELEFONO UFFICIO CELLULARE INDIRIZZO E-MAIL

( ) ( ) ( )

## PERSONA O DITTA OGGETTO DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

NOME (NOME, COGNOME, INIZ. 2° NOME, SUFFISSO)

RAGIONE SOCIALE/NOME DELL'ATTIVITÀ

INDIRIZZO (VIA E NUMERO CIVICO) (PERSONALE o COMMERCIALE)

CITTÀ STATO ZIP+4 CONTEA

TELEFONO UFFICIO CELLULARE INDIRIZZO E-MAIL

( ) ( )

NUMERO DI LICENZA, SE NOTO

### FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED:

ENF DISTRICT:

FILE NUMBER:

ENF INVESTIGATOR:

CRU INVESTIGATOR:

CRU RECOMMENDATION:

## Richiesta di risarcimento preliminare

---

### TIPO DI ATTIVITÀ OGGETTO DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

---

**Intermediazione immobiliare/compravendita**

*Allegare ogni documentazione e/o registrazione pertinente alla/e transazione/i in oggetto, compresi (ma non esclusivamente) i seguenti:*

- Contratto per l'incarico di vendita immobiliare
- Contratto di commissione
- Contratto di gestione degli immobili
- Modulo di divulgazione dell'agenzia
- Contratto di vendita
- Contratto di affitto
- Atto di vendita
- Ricevute
- Locazioni

**Perito immobiliare** – Allegare le perizie e la ricevuta di pagamento.

**Investigatore privato** – Allegare la prova di esecuzione del servizio/contratto, la ricevuta di pagamento e i rapporti investigativi.

**Notaio ufficiale** – Allegare copia degli atti notarili

**Ispettore a domicilio** – Allegare il rapporto e la ricevuta di pagamento.

**Guardia di sicurezza**

**Fornitore/ditta produttrice di apparecchi acustici** – Allegare il contratto e/o la ricevuta di pagamento.

**Installatore di impianti di sicurezza e antincendio** – Allegare il contratto e/o la fattura e la ricevuta di pagamento.

**Rivenditore di biglietti** – Allegare copie delle fatture, ricevute e ricevute di pagamento.

**Agente immobiliare** – Allegare il contratto, il contratto di garanzia e la ricevuta di pagamento.

**Estetista o parrucchiere** – È possibile inoltrare un reclamo in "One-Stop E-Licensing" su: <https://aca.licensecenter.ny.gov/aca/>

*Allegare qualsiasi documentazione disponibile pertinente alla transazione in questione per:*

- Autista o guardia giurata di veicolo blindato
- Elaboratore di monete
- Agente sportivo
- Fornitore di servizi di distruzione di documenti
- Fornitore di biancheria da letto
- Centri benessere/palestre
- Fornitore autorizzato di vetture da noleggio
- Fornitore di servizi di telemarketing

**Altro: Specificare**

---

### NOME E INDIRIZZO DEL TESTIMONE O ALTRE PERSONE COINVOLTE NELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

#### Testimone 1

NOME (NOME, COGNOME, INIZ. 2° NOME, SUFFISSO)

INDIRIZZO (VIA E NUMERO CIVICO)

CITTÀ

STATO

CAP+4

CONTEA

TELEFONO ABITAZIONE

TELEFONO UFFICIO

CELLULARE

INDIRIZZO E-MAIL

( )

( )

( )

## Richiesta di risarcimento preliminare

---

### Testimone 2

---

NOME (NOME, COGNOME, INIZ. 2° NOME, SUFFISSO)

---

INDIRIZZO (VIA E NUMERO CIVICO)

---

CITTÀ

STATO

CAP+4

CONTEA

---

TELEFONO ABITAZIONE

TELEFONO UFFICIO

CELLULARE

INDIRIZZO E-MAIL

---

( )

( )

( )

---

SOMMA DI DENARO RICHIESTA COME RISARCIMENTO \_\_\_\_\_

**INDICARE LA NATURA DELLA DENUNCIA. DESCRIVERE I FATTI IN MODO PRECISO. SE SI HA BISOGNO DI PIÙ SPAZIO, È POSSIBILE ALLEGARE UN ALTRO FOGLIO. ALLEGARE TUTTI I DOCUMENTI A SUPPORTO DELLE TRANSAZIONI DESCRITTE. ALLEGARE QUALSIASI CORRISPONDENZA, COMPRESSE LE E-MAIL, SCAMBIATE CON LA PARTE DALLA QUALE SI RICHIEDE IL RISARCIMENTO.**

*Spuntare questa casella in sostituzione della firma sotto. Spuntando questa casella firmando sotto, si dichiara che le informazioni di cui sopra sono corrette e che sono soggette a divulgazione in conformità con la legge sulla libertà di informazione (Freedom of Information Law).*

---

Firma

---

Data