



Amministrazione destinataria
Comune di Pieve Emanuele

Ufficio destinatario

Segnalazione certificata di inizio, modifica o variazione dell'attività per tatuatori e piercers

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|----------------|------------------|-----------------------------|--------------|-------------------------------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | | |

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--------|-----------------------------|----------------------|---------|-----------|-------------------------------|-------------------|--------------------------|-----|
| Ruolo | | | | | | | | | | |
| Denominazione/Ragione sociale | | | | | | | | Tipologia | | |
| Sede legale | Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Codice Fiscale | | | | Partita IVA | | | | | | |
| Telefono | | | Posta elettronica ordinaria | | | | Posta elettronica certificata | | | |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | | | | | | Provincia | | Numero Iscrizione | | |
| Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA) | | | | | | Provincia | | Numero iscrizione | | |
| Posizione INAIL | | | | Codice INAIL impresa | | | | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

| |
|--|
| |
|--|

con sede operativa in*(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)*

| | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

Ulteriori immobili oggetto del procedimento *(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")*

il procedimento riguarda _____ ulteriori immobili

| | | |
|----------------------|------------|------|
| Agibilità dei locali | Protocollo | Data |
| | | |

| |
|---------|
| Insegna |
| |

SEGNALA

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="radio"/> | l'avvio dell'attività |
| <input type="radio"/> | la modifica di una attività esistente, riguardante: |
| <input type="checkbox"/> | trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale |
| <input type="checkbox"/> | locali/impianti |
| <input type="radio"/> | la variazione dell'attività, riguardante: |
| <input type="radio"/> | cambio di ragione sociale |
| <input type="radio"/> | modifica dei soggetti titolari dei requisiti |
| <input type="checkbox"/> | modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> | modifica del soggetto in possesso dei requisiti professionali |
| <input type="radio"/> | subingresso |
| <input type="radio"/> | sospensione o ripresa dell'attività |

in precedenza avviata tramite

| Titolo autorizzativo | Protocollo | Data | Ente di riferimento |
|--|------------|------|---------------------|
| <input type="radio"/> autorizzazione, concessione o nulla osta | | | |
| <input type="radio"/> SCIA o comunicazione | | | |
| <input type="radio"/> altro <i>(specificare)</i> | | | |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 (" *Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia* ")
- di non aver riportato condanne penali ostantive allo svolgimento dell'attività e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi dell'articolo 11 e dell'articolo 92 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività oggetto della segnalazione (ad esempio autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, licenze di pubblico spettacolo, ecc.)
- che i locali ed i servizi igienici sono conformi alle caratteristiche dettate dalle normative in materia sanitaria, edilizia, urbanistica e ad ogni altra normativa e regolamentazione vigente
- di avere la disponibilità dei locali
- che gli impianti installati (elettrico, idraulico, gas, riscaldamento, ecc.) sono conformi alle normative vigenti nella rispettiva materia
- di essere in possesso dei requisiti morali necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto della presente segnalazione

possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

(da compilare in caso di avvio dell'attività, subingresso o modifica dei soggetti titolari dei requisiti)

Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modello "autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti")

AVVIO DELL'ATTIVITÀ

Codici ATECO attività svolte dell'impresa (da compilare se l'attività è svolta in forma imprenditoriale)

Codice ATECO (ad esempio 14.11.00)

Anno

Validazione codice

Numero addetti (indicare il numero di addetti previsto al momento della presentazione della pratica, indipendentemente dalla tipologia contrattuale. Per addetto si intende chiunque ed a qualunque titolo lavori presso la sede operativa della ditta oggetto della presente segnalazione)

Durata dell'attività

- permanente
- temporanea dal _____ al _____ compilare entrambe le date poiché in questo caso la pratica è valida sia per l'avvio che per la cessazione dell'attività.
- stagionale dal _____ al _____
dal _____ al _____

Superfici

Superficie prevista per l'esercizio dell'attività

m²

Superficie per altro uso (magazzini, servizi, ecc.)

m²

Superficie complessiva

m²

TRASFERIMENTO DELLA SEDE OPERATIVA (A1) - collocazione precedente

| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura | | |
|--|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

MODIFICA DEI LOCALI/IMPIANTI

Tipologia modifica

- estensione superficie destinata all'attività oggetto della presente segnalazione
- riduzione superficie destinata all'attività oggetto della presente segnalazione

Descrizione modifica (descrivere cosa comporta la modifica e la nuova distribuzione delle superfici)

SUBINGRESSO A - precedente intestatario

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|--------------|--|--|-------------------------|-----------|--------------------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Denominazione/Ragione sociale | | | | | | Tipologia | | | | | |
| Sede legale | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Codice fiscale | | | | | Partita IVA | | | | | | |
| A far tempo dal giorno | | A seguito di | | | Specificare altre cause | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Il subingresso avviene | | | | | | | Data fine gestione | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Dichiara inoltre

Modifiche locali

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già trasmesse
- che i locali hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita documentazione

Modifiche attività

- che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata
- che sono cambiate le condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata

SOSPENSIONE O RIPRESA DELL'ATTIVITÀ

Tipo istanza

l'attività verrà sospesa

| Data inizio sospensione | Data fine sospensione | Motivazione |
|-------------------------|-----------------------|-------------|
| | | |

l'attività precedentemente sospesa verrà ripresa

| Data inizio sospensione | Data ripresa |
|-------------------------|--------------|
| | |

CAMBIO DELLA RAGIONE SOCIALE

Precedente ragione sociale

Nuova ragione sociale

MODIFICA DEI SOGGETTI TITOLARI DEI REQUISITI

Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---------|------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Nuovi soggetti titolari dei requisiti morali (*)

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---------|------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

(*) ciascuno dei soggetti indicati deve compilare e sottoscrivere la relativa autocertificazione di possesso dei requisiti morali.

referente per la pratica

| | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- autocertificazione del possesso dei requisiti soggettivi professionali
- copia dell'atto di cessione o dichiarazione notarile o dichiarazione sostitutiva degli eredi in caso di subentro mortis causa
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in materia ambientale
- planimetria dei locali in scala non inferiore a 1:100 indicando anche, per ogni locale, destinazione d'uso, superficie, altezza e operazioni che vi si svolgono
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(da allegare se previsti)
- ricevuta dei diritti sanitari ASL
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Pieve Emanuele

Luogo

Data

il dichiarante