



COMUNE DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO

Sportello Unico Attività Produttive

Non in bollo

COMUNICAZIONE DI DELOCALIZZAZIONE TEMPORANEA O DEFINITIVA DELL'ATTIVITA' IN LOCALI CONFORMI AI REQUISITI URBANISTICI ED EDILIZI

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il/la Sottoscritto/a,

*Cognome _____ *Nome _____

*Nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____

*Nazione _____

*C.Fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ *Cittadinanza _____

*Residente nel Comune di _____

*Provincia _____ Codice Avviamento Postale ___/___/___/___

*Indirizzo _____ * N° ___/___

DOMICILIO da compilare qualora il domicilio del dichiarante NON coincida con la residenza

*Comune _____

Provincia _____ Codice Avviamento Postale ___/___/___/___

*Indirizzo _____ * N° ___/___

RECAPITO TELEFONICO / E-MAIL

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ Fax _____

PEC _____

IN QUALITA' DI:

Titolare di ditta individuale

legale rappresentante di società o altro ente

avente titolo, quale _____

(es.: tutore di minore, curatore, procuratore, ecc.)

DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA

* Denominazione o ragione sociale e natura giuridica:

*Con sede operativa in: *Comune di _____ *Provincia _____ CAP ___/___/___/___

*Indirizzo _____ n. ___/___

*Partita I.V.A ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ C.Fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

*Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n. _____ *

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA

NEL CASO IN CUI CI SI AVVALGA DI UN LIBERO PROFESSIONISTA, ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA O PROCURATORE, PER L'INVIO TELEMATICO INDICARE IL NOMINATIVO DEL DELEGATO A RICEVERE EVENTUALI COMUNICAZIONI

*Cognome e nome _____

 *Telefono _____  Cellulare _____  E-mail _____

 Fax _____ * PEC _____

Ai sensi del D.L. 6/6/2012 N. 74, dell' Ordinanza n. 3 in data 22/06/2012 del Presidente della Regione Emilia Romagna, in qualità di commissario delegato,

COMUNICA

DETTAGLIO DELL'ATTIVITÀ CHE SI INTENDE DELOCALIZZARE

la DELOCALIZZAZIONE

definitiva* temporanea*

totale* parziale* (da specificare): _____

dell'ATTIVITÀ di _____

in possesso di Autorizzazione / DIA / SCIA n. _____ con data _____,
con attività sospesa in quanto i locali sono INAGIBILI ai sensi delle norme vigenti,

CHE IL TRASFERIMENTO avverrà **DALLA SEDE** sita nel Comune* di _____

Provincia _____ CAP ___/___/___/___ *Indirizzo _____ n. ___/___

Foglio _____ Mappale _____ Subalterno _____

NELLA NUOVA COLLOCAZIONE:

locali

struttura (specificare) _____

aree scoperte,

presso l'impresa _____

già autorizzata ad esercitare l'attività di _____

per la quale si allega atto di assenso del titolare della ditta ospitante, (vedi modello allegato) quale parte integrante della presente comunicazione.

UBICATA

nel Comune* di _____ Provincia * _____ CAP ___/___/___/___

Indirizzo * _____ n* ___/___

Foglio _____ Mappale _____ Subalterno _____

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

DICHIARAZIONI INERENTI I REQUISITI PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

- Di essere in possesso dei requisiti morali e professionali richiesti per l'esercizio dell'attività sopra indicata.

DICHIARAZIONI INERENTI LA CONFORMITÀ DEI LOCALI AI REQUISITI URBANISTICI ED IGIENICO-SANITARI

- Che i locali della nuova sede sono conformi alle norme urbanistiche ed edilizie (compresa la destinazione d'uso) e rispettano le norme di sicurezza, igienico-sanitarie ed impiantistiche.
- Che sono rispettati i requisiti e le prescrizioni inderogabili, previsti nelle autorizzazioni: sanitarie, ambientali e le altre pertinenti l'attività, in corso di validità per l'esercizio dell'attività esercitata, anche con riferimento ai provvedimenti assunti dall'autorità competente a seguito degli eventi sismici del 20/05/2012 e seguenti.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NOTIFICA SANITARIA (art. 6 REG. CE 852/2004)

- che, ai sensi dell'art.6 del Reg CE 852/2004 è già registrato presso l'AUSL di _____ per l'attività già avviata nella sede originaria.

N.B. Il SUAP provvederà alla trasmissione della comunicazione all'AUSL di competenza.

ALLEGATI

- Copia del documento d'identità del firmatario *[il documento non è necessario se la firma viene apposta alla presenza dell'incaricato a ricevere la pratica]*
- Per i cittadini non comunitari: permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità.
- In caso di invio telematico da parte di un RAPPRESENTANTE (associazione/libero professionista): Procura speciale (vedi modello allegato)
- In caso di esercizio congiunto con altre attività: Atto di assenso del titolare dell'attività ospitante (vedi modello allegato)

PRIVACY

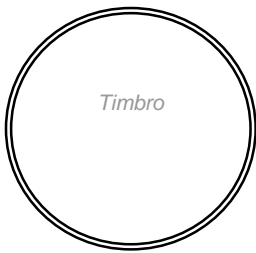
Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data ___/___/_____

(Firma)

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA

 **COMPILAZIONE A CURA DELL'ADDETTO ALLA RICEZIONE**



Attesto che, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la presente è sottoscritta dall'interessato in presenza del pubblico ufficiale ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.



Rilasciato in data _____ con prot.n. _____

Da _____

(Firma e timbro addetto ricezione)

 **MODALITA' DI PRESENTAZIONE**

IL PRESENTE MODELLO PUO' ESSERE:

	Presentato, in forma cartacea, allo Sportello Unico Attività Produttive presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico in Corso Italia 74
	Inviato tramite modalità telematica al seguente indirizzo: comune.persiceto@cert.provincia.bo.it

PER AVERE INFORMAZIONI E CHIARIMENTI

Per informazioni contattare i seguenti numeri telefonici:

SUE: geom. Candini Melissa, 051 - 6812820

SUAP: Martelli Katia, 051 - 6812821

ATTO DI ASSENSO DEL TITOLARE DELL'ATTIVITA'OSPITANTE

Il/la Sottoscritto/a,

*Cognome _____ *Nome _____

*Nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____

*Nazione _____

*C.Fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ *Cittadinanza _____

*Residente nel Comune di _____

*Indirizzo _____ * N° ___/___

* Recapito telefonico _____

per i cittadini non comunitari:

il sottoscritto dichiara di essere titolare di permesso di soggiorno n. _____

rilasciato dalla Questura di _____ in data _____ valido

fino al _____ per i seguenti motivi _____

Titolare dell'attività (*specificare l'attività esercitata*): _____

con sede in Comune di _____ Via _____ n. _____

DICHIARA

di prestare il proprio assenso allo svolgimento dell'attività di _____

da parte dell'impresa _____ così come indicato nella
Comunicazione del titolare della stessa.

Dichiara, altresì, che nulla osta allo svolgimento contestuale dell'attività, da parte della proprietà dei locali.

Il sottoscritto ha reso le dichiarazioni di cui sopra ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. e a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R., qualora dal controllo delle dichiarazioni qui rese emerga la non veridicità delle stesse, decadrà dai benefici derivanti dalla presente dichiarazione.

Infine, il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Allegati:

Fotocopia di un documento di riconoscimento: nel caso in cui la dichiarazione non sia firmata alla presenza dell'incaricato comunale addetto al ricevimento della pratica

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA