



COMUNE DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO

Sportello Unico Attività Produttive

Bollo
14.62 €

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER LA DELOCALIZZAZIONE DELL'ATTIVITA'

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,

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione per la delocalizzazione dell'attività

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,

UBICATA

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

Indirizzo * _____ n* ___/___

Foglio _____ Mappale _____ Subalterno _____

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

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

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 I REQUISITI

- Che la domanda è presentata in deroga
 - ✓ ai requisiti urbanistici (comprese dotazioni di standard urbanistici e parcheggi pertinenziali)
 - ✓ ai requisiti specifici
- Che sono rispettate le disposizioni vigenti
 - ✓ in materia di agibilità dei locali e dei luoghi di lavoro
 - ✓ sugli impianti (elettrico, gas, ecc.)
- 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

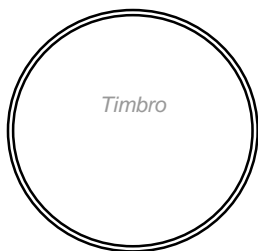
Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

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

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