

| | | | | | |
|--|-------------------|---------------|--|-----------------|-----------|
| ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO) | | | | | |
| 1 | Ufficio ricevente | Presentata il | Modalità di inoltro | Data protocollo | Num. Prot |
| | | | <input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica | | |
| NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA | | | | | |

COMUNICAZIONE
(L.R. 42/2000, Regolamento attuativo e s.m.i.)

Al SUAP del Comune di

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

RELATIVA A:

| Codice | Nome attività | Oggetto | |
|----------|---|---|---|
| 0 | <input type="checkbox"/> Albergo <input type="checkbox"/> Villaggi turistici <input type="checkbox"/> Aree di sosta <input type="checkbox"/> Parchi vacanza <input type="checkbox"/> Residence <input type="checkbox"/> Residenze d'epoca <input type="checkbox"/> Residenze turistico alberghiere <input type="checkbox"/> C.A.V. | <input type="checkbox"/> Campeggio <input type="checkbox"/> Villaggio Turistico <input type="checkbox"/> Parco Vacanza <input type="checkbox"/> Area di sosta <input type="checkbox"/> Affittacamere <input type="checkbox"/> Case per ferie <input type="checkbox"/> Ostelli <input type="checkbox"/> Rifugio Alpino <input type="checkbox"/> Rifugio escursionisti. | <input type="checkbox"/> Cessazione dell'attività <input type="checkbox"/> Subingresso |

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

| | | | | |
|---|---|------------------------------|--|-----------|
| DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE | | | | |
| A1 | Cognome | | Nome | |
| | Nato a | | Prov. | il |
| | Residente in | | Prov. | CAP |
| | Via/piazza | | n. | |
| | Tel. | Fax | Cod. fisc. | |
| | Indirizzo email (<input type="checkbox"/> barrare se certificata) | | | |
| IN QUALITA' DI | | | | |
| A2 | <input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale | | <input type="checkbox"/> Legale rappresentante della Società | |
| | <input type="checkbox"/> Affittuario | | <input type="checkbox"/> Proprietario/comproprietario | |
| A3 | DELLA | | | |
| | Forma giuridica * | Denomin.** o Ragione sociale | | |
| | Sede legale nel Comune di *** | | | Provincia |
| | Via/piaz. | N. civico | CAP | |
| | Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di | | N. iscrizione registro | |
| | Partita IVA | Codice Fiscale | | |
| | <i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1 | | | |
| INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI | | | | |
| B | Via | Comune | Prov. | CAP |
| | Email | Telef | Cell | Fax |

CESSAZIONE ATTIVITA'

| | | | |
|---|---|--------|---------------------|
| C | DI CESSARE DALLA DATA _____ L'ATTIVITA' Di (specificare il tipo di attività ricettiva) | | |
| | DELLA STRUTTURA RICETTIVA UBICATA IN: | | |
| | Indirizzo Via/P.za | Civico | Piano/scala/interno |
| | Comune | Prov. | CAP |
| | Denominazione della struttura ricettiva | | |
| | Come da insegna/targa aut./SCIA n. | Del | |
| | <input type="checkbox"/> chiusura definitiva dell'attività | | |
| | <input type="checkbox"/> trasferimento in proprietà dell'azienda a _____ | | |
| <input type="checkbox"/> trasferimento in gestione dell'azienda a _____ | | | |

| | | | |
|----------|---|--------|---------------------|
| D | DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA STRUTTURA RICETTIVA UBICATA IN: | | |
| | Indirizzo Via/P.za | Civico | Piano/scala/interno |
| | Comune | Prov. | CAP |
| | Denominazione della struttura ricettiva | | |
| | Come da insegna/targa aut./SCIA n. | Del | |

| | | | |
|--|----------------|------------------------|-----------|
| CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELLA STRUTTURA ERA IL SEGUENTE SOGGETTO (compilare il presente quadro in caso di imprenditore individuale): | | | |
| Cognome | Nome | | |
| Nato a | Prov. | il | |
| Residente in | Prov. | CAP | |
| Via/piazza | | | n. |
| Tel. | Fax | Cod. fisc. | |
| Indirizzo email | | | |
| Denominazione Impresa o Ditta (se presente) | | | |
| Sede legale nel Comune di (se diversa dalla residenza) | | | Provincia |
| Via/piaz. | N. civico | CAP | |
| Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di | | N. iscrizione registro | |
| Partita IVA | Codice Fiscale | | |

| | | | |
|--|----------------|------------------------|-----------|
| CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELLA STRUTTURA ERA LA SOCIETA' (compilare il presente quadro in caso di società): | | | |
| Forma giuridica * | Denomin. | | |
| Sede legale nel Comune di | | | Provincia |
| Via/piaz. | N. civico | CAP | |
| Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di | | N. iscrizione registro | |
| Partita IVA | Codice Fiscale | | |
| <i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc. | | | |

| | | | | |
|---|--------|---------|------------|------------|
| DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO - <input type="checkbox"/> ATTO TRA VIVI | | | | |
| Estremi atto: Data | Notaio | Rep. n. | Registr. A | Data e num |

| | |
|--|--|
| NATURA DELL'ATTO | |
| <input type="checkbox"/> vendita o donazione di azienda | <input type="checkbox"/> affitto di azienda |
| <input type="checkbox"/> fusione o scissione di società con trasferimento di azienda | <input type="checkbox"/> risoluzione atto di vendita, donazione o affitto di azienda |
| <input type="checkbox"/> conferimento di azienda in società | <input type="checkbox"/> scadenza di contratto di affitto |
| <input type="checkbox"/> altre cause | |
| Data di decorrenza degli effetti giuridici degli atti sopra indicati (se presente): | |

| | | | | |
|---|--------|---------|------------|------------|
| DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO | | | | |
| <input type="checkbox"/> PER CAUSA DI MORTE (indicare gli estremi dell'atto di pubblicazione del testamento) | | | | |
| Data dell'atto | Notaio | Rep. n. | Registr. A | Data e num |

| | |
|---|--|
| NATURA DELLA SUCCESSIONE | |
| <input type="checkbox"/> SUCCESSIONE LEGITTIMA ¹ | <input type="checkbox"/> SUCCESSIONE TESTAMENTARIA |
| ¹ Allegare dichiarazione sostitutiva di cui all'allegato 3 | |

| DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA' | | |
|--|--------------|-------------|
| Il sottoscritto dichiara <input type="checkbox"/> di non aver modificato la struttura né alcuno degli elementi indicati nel titolo abilitativo originario, salvo quanto qui comunicato, in caso contrario di darne immediata comunicazione al Comune; <input type="checkbox"/> di garantire la piena conformità a tutte le normative di settore, comprese quelle in materia di igiene e sanità, urbanistica ed edilizia, sicurezza e prevenzione incendi, nonché l'osservanza dei contratti collettivi nazionali di lavoro e degli accordi sindacali siglati a livello territoriale. <input type="checkbox"/> di rispettare le norme in materia di agibilità / abitabilità dei locali i cui estremi vengono indicati nell'allegato; <input type="checkbox"/> di subentrare nelle seguenti autorizzazioni/titoli di abilitazione acquisiti dal precedente titolare: | | |
| <input type="checkbox"/> Concessione Occupazione Suolo Pubblico | N. | Del |
| <input type="checkbox"/> Aut./scia insegne | N. | Del |
| <input type="checkbox"/> Aut./scia tende | N. | Del |
| Aut./scia <input type="checkbox"/> ascensori <input type="checkbox"/> montacarichi | Matricola n. | impianto n. |
| Di aver incaricato per la manutenzione la Ditta | posta in via | impianto n. |
| <input type="checkbox"/> Autorizzazione scarichi idrici | N. | Città |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | Del |

GESTORE (compilare nel caso in cui l'attività non venga gestita direttamente dall'interessato)

| DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE DEL GESTORE DELL'ATTIVITA' | | | |
|--|---|-----|------------|
| A1 | Cognome | | Nome |
| | Nato a | | Prov. il |
| | Residente in | | Prov. CAP |
| | Via/piazza | | n. |
| | Tel. | Fax | Cod. fisc. |
| | Indirizzo email | | |
| | Il Gestore <hr/> <i>Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità</i> | | |

REFERENTI DELL'INTERESSATO

| | | | | |
|----------|--|---|---|---|
| E | Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di: | | <input type="checkbox"/> tecnico incaricato | <input type="checkbox"/> società di tecnici incaricati, rappresentata da: |
| | Cognome Nome | | Cittadinanza | |
| | C. F. | Data di nascita | Luogo di nascita | |
| | Studio nel: | Comune di | CAP | |
| | Via/p.zza | n. | Telef. | Cell. |
| | Fax | e-mail (<input type="checkbox"/> con firma digitale) | | |
| | Nr. Iscriz. | All'ordine professionale degli | Della Prov. di | |
| | Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di Associazione di categoria: | | | |
| | altro soggetto di riferimento: | | | |
| | Comune di | | CAP | Prov. |
| | Via/ p.zza | | n. | |
| | Telef. | Cell. | Fax | |
| | Cognome | | Nome | |
| | E-mail (<input type="checkbox"/> con firma digitale) | | | |

| | | | |
|---|-----|--|-----------|
| SOMMINISTRAZIONE E PREPARAZIONE | | | |
| che congiuntamente all'attività ricettiva viene svolta attività di: | | | |
| <input type="checkbox"/> somministrazione di alimenti e bevande | | | |
| <input type="checkbox"/> preparazione di alimenti e bevande in particolare: | | <input type="checkbox"/> colazione <input type="checkbox"/> pasti completi | |
| Per la quale: | | | |
| <input type="checkbox"/> è in possesso dell'autorizzazione sanitaria n. _____ del _____ oppure di idoneo titolo abilitativo notifica sanitaria presentata in data _____ all'ufficio _____ ; <input type="checkbox"/> viene presentata contestualmente notifica sanitaria; <input type="checkbox"/> attesta l'esistenza dei requisiti previsti dalla disciplina vigente in materia di igiene e sanità; <input type="checkbox"/> riservata alle persone alloggiate e agli ospiti; <input type="checkbox"/> al pubblico in base alla autorizzazione di pubblico esercizio del _____ numero _____ tipologia _____ ; | | | |
| che tale attività, CON PIENA CONSAPEVOLEZZA DEGLI OBBLIGHI DERIVANTI DALLA NORMATIVA SULL'AUTOCONTROLLO, BASATO SUL SISTEMA HACCP (D.LGS. 155/97) , viene svolta: | | | |
| <input type="checkbox"/> direttamente dal sottoscritto: _____ oppure da: _____ | | | |
| Cognome | | Nome | |
| Nato a | | Prov. | il _____ |
| Residente in | | Prov. | CAP |
| Via/piazza | | | n. |
| Tel. | Fax | Cod. fisc. | |
| Indirizzo email | | | |
| IN QUALITA' DI | | | |
| <input type="checkbox"/> Titolare della omonima impresa individuale | | <input type="checkbox"/> Legale rappresentante della società | |
| DELLA | | | |
| Forma giuridica * | | Denomin.** | |
| Sede <input type="checkbox"/> legale <input type="checkbox"/> amministrativa nel Comune di *** | | | Provincia |
| Via/piaz. | | N. civico | CAP |
| Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di | | N. iscrizione registro | |
| Partita IVA | | Codice Fiscale | |
| <i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1 | | | |
| Firma | | | |
| _____ | | | |
| <i>Da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità</i> | | | |

| | |
|-----------|--|
| F | REQUISITI PERSONALI |
| | REQUISITI MORALI E ANTIMAFIA |
| | <input checked="" type="checkbox"/> che il sottoscritto è in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza; |
| F1 | <input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia). |
| | <input checked="" type="checkbox"/> che vi sono altri soggetti ai quali è richiesto il possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza e nei confronti dei quali non sussistono "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (requisiti antimafia), come da dichiarazione allegata. |
| | COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO |
| F3 | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per * |
| | N _____ Rilasciato da _____ il _____ Valida fino al _____ |
| | * Specificare il motivo del rilascio |
| | TRATTAMENTO DATI PERSONALI |
| G | <input checked="" type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196: - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge |

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

- *Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica*
- *In caso di trasmissione telematica certificata con firma digitale non è necessario l'adempimento sopra detto.*

Allegati:

1. **Dichiarazioni di altre persone (allegato 1): allegare per ogni soggetto relativa copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità**
2. **Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse**
3. **Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 445/2000) per successione (allegato 3)**
4. **In caso di cessazione definitiva allegare l'originale dell'Autorizzazione**

Planimetria aggiornata dei locali, in scala minima 1/100 o anche 1/50, con riferimento per ciascun locale a: numero dei posti letto richiesti, destinazione d'uso, altezza (minima/media/massima), superficie di calpestio, superficie fenestrata apribile e rapporto illuminante.

Relazione del tecnico abilitato contenente dichiarazione di conformità dei locali alle vigenti norme in materia urbanistica ed edilizia e di igiene e sanità nonché attestante il possesso dei **requisiti minimi** previsti dal Regolamento Regionale di attuazione della L.R. 42/2000 e specifica descrizione dei locali (compresa l'indicazione del numero delle camere con relativi posti letto) e delle attrezzature.

Documentazione rilevante ai fini igienico sanitario in caso di preparazione di alimenti e bevande (planimetria dei locali e relazione tecnica)

**IN CASO DI PROCURA PER LA SOTTOSCRIZIONE E LA PRESENTAZIONE
L'INCARICATO MEDIANTE PROCURA SPECIALE, AI SENSI DEGLI ARTT. 1392 E 1393 DEL CODICE CIVILE, DI
SOTTOSCRIVERE DIGITALMENTE PER CONTO DEL/I RICHIEDENTE/I E DI PRESENTARE LA PRESENTE SEGNALAZIONE PER
VIA TELEMATICA, DICHIARA, AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445:**

CHE IL TESTO ORIGINALE DELLA PROCURA SPECIALE FORMULATA SECONDO IL MODULO FORNITO E SOTTOSCRITTO CON FIRMA AUTOGRAFA DAL RICHIEDENTE E' CONSERVATO PRESSO LA SEDEIN VIA N. COMUNEPROV. ED E' A DISPOSIZIONE DELLA PA PER OGNI EVENTUALE CONTROLLO;

CHE IL TESTO ORIGINALE DELLE N. DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI, ECC.) INDICATE ALL'ART. 2 DPR 252/1998 (ALLEGATO 1) DI CUI AL QUADRO F3 SONO STATE REGOLARMENTE COMPILATE E SOTTOSCRITTE CON FIRMA AUTOGRAFA CON ALLEGATA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DI OGNI DICHIARANTE ED E' CONSERVATO PRESSO LA SEDEIN VIA N. COMUNEPROV. ED E' A DISPOSIZIONE DELLA PA PER OGNI EVENTUALE CONTROLLO;

L'INCARICATO

Firma digitale OVVERO Identificazione con l'uso della carta di identità elettronica o della carta nazionale dei servizi

**MODULO PER LA PROCURA SPECIALE
INCARICO PER LA SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E LA PRESENTAZIONE TELEMATICA DELLA DICHIARAZIONE E DELLA
RELATIVA DOCUMENTAZIONE**

Il/I sottoscritto/iin qualità di (1)
DICHIARA/DICHIARANO di conferire al Sig.in qualità di
.....procura speciale, ai sensi degli artt. 1392 e 1393 del Codice Civile, per la sottoscrizione digitale e presentazione telematica della presente dichiarazione.
FIRMA AUTOGRAFA

Il presente modello va compilato, sottoscritto con firma autografa.

Al presente modello deve inoltre essere allegata copia di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.

(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc...

ALLEGATO N. 1 Dichiarazione di altre persone in possesso dei requisiti morali e antimafia

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------|--|----------------|
| 1 | Primo dichiarante | | | |
| | Cognome | | Nome | |
| | Nato a | | Prov. | il |
| | Residente in | | Prov. | CAP |
| | Via/piazza | | | n. |
| | Codice fiscale (16 caratteri) | | | |
| | Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) ¹ | | | |
| | ¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario | | | |
| | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * | | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per * | |
| | N | Rilasciato da | il | Valida fino al |
| * Specificare il motivo del rilascio | | | | |
| 2 | Secondo dichiarante | | | |
| | Cognome | | Nome | |
| | Nato a | | Prov. | il |
| | Residente in | | Prov. | CAP |
| | Via/piazza | | | n. |
| | Codice fiscale (16 caratteri) | | | |
| | Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹ | | | |
| | ¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario | | | |
| | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * | | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per * | |
| | N | Rilasciato da | il | Valida fino al |
| * Specificare il motivo del rilascio | | | | |
| 3 | Terzo dichiarante | | | |
| | Cognome | | Nome | |
| | Nato a | | Prov. | il |
| | Residente in | | Prov. | CAP |
| | Via/piazza | | | n. |
| | Codice fiscale (16 caratteri) | | | |
| | Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹ | | | |
| | ¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario | | | |
| | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * | | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per * | |
| | N | Rilasciato da | il | Valido fino al |
| * Specificare il motivo del rilascio | | | | |

DICHIARANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia).

di essere informati ai sensi del **D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:**

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge;

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

.....

.....

.....

Data

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di trasmissione telematica certificata con firma digitale non è necessario l'adempimento sopra detto.

| Il sottoscritto | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|
| Cognome | | Nome | |
| Nato a | | Prov. | il |
| Codice fiscale (16 caratteri) | | | |
| Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) | | | |
| Residente a | | Prov. | Via/piazza n |
| ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che il rilascio di dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, comporta l'applicazione di sanzioni penali, nonché la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. cit. | | | |
| DICHIARA | | | |
| che il/la Sig./ra _____ nato/a _____, prov. _____ il _____, è deceduto/a in _____, il giorno _____, | | | |
| <input type="checkbox"/> senza lasciare testamento; | | | |
| <input type="checkbox"/> lasciando il testamento pubblicato dal Notaio _____ in data _____ Rep. N. _____; | | | |
| <input type="checkbox"/> di essere unico erede del/della suddetto/a defunto/a; | | | |
| <input type="checkbox"/> che unici eredi del/della suddetto/a defunto/a sono: | | | |
| Cognome | Nome | C.F. | |
| ----- | ----- | ----- | |
| Cognome | Nome | C.F. | |
| ----- | ----- | ----- | |
| Cognome | Nome | C.F. | |
| ----- | ----- | ----- | |
| Cognome | Nome | C.F. | |
| ----- | ----- | ----- | |
| Cognome | Nome | C.F. | |
| ----- | ----- | ----- | |
| Cognome | Nome | C.F. | |
| ----- | ----- | ----- | |
| <input type="checkbox"/> • che i soggetti sopra indicati, ai sensi dell'art. 1106 del Codice Civile e con la maggioranza indicata al precedente art.1105, lo hanno nominato rappresentante per tutti i rapporti giuridici con i terzi; | | | |
| <input type="checkbox"/> di essere stato nominato rappresentante per tutti i rapporti giuridici con i terzi con Decreto del Tribunale di _____ del _____; | | | |
| <input type="checkbox"/> che la comunione ereditaria sia regolarizzata si è trasformata nella società rappresentata, come evidenziato nell'atto costitutivo del _____ notaio _____ repertorio _____ registrato a _____ il _____ n. | | | |
| <input type="checkbox"/> che non figurano eredi o legatari minorenni | | | |
| <input type="checkbox"/> che figurano eredi o legatari minorenni e che in data _____ / _____ / _____ il giudice tutelare dott. _____ ha concesso la propria autorizzazione per quanto richiesto nel presente atto. | | | |

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica