

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

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)

TRASMETTE COMUNICAZIONE RELATIVA A:

Codice	Nome attività	Oggetto
0	<input type="checkbox"/> Studio veterinario con accesso di animali <input type="checkbox"/> ambulatorio veterinario <input type="checkbox"/> clinica – casa di cura veterinaria <input type="checkbox"/> ospedale veterinario <input type="checkbox"/> laboratorio veterinario di analisi	<input type="checkbox"/> VARIAZIONE RAGIONE O DENOMINAZIONE SOCIALE (Pag. 3) <input type="checkbox"/> TRASFORMAZIONI SOCIETARIE (Pag.4) <input type="checkbox"/> VARIAZIONE DEL SOGGETTO IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI (Pag. 5)

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

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
A1	Cognome		Nome
	Nato a		Prov. II
	Residente in		Prov. CAP
	Via/piazza		n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.
	Indirizzo email		
A2	IN QUALITA' DI <input type="checkbox"/> Legale rappresentante		
A3	DELLA		
	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.;		

INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
B	Via	Comune	Prov. CAP
	Email	Telef	Cell. Fax

VARIAZIONE DELLA RAGIONE O DELLA DENOMINAZIONE SOCIALE

DATI RIFERITI ALL'ATTIVITA' INTERESSATI DALLA VARIAZIONE			
C1	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
C2	Titolare di: <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____ PROTOCOLLO _____		
C3	Titolare di: <input type="checkbox"/> DIA DEL _____ PROTOCOLLO _____		

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. ____ del _____ e registrato a _____ il _____ la Ragione Sociale (per le S.N.C. e le S.A.S.) o la Denominazione Sociale (per le S.P.A. le S.A.P.A. le S.R.L. e Società Cooperative) della Società indicata nel quadro A3 è variata
	Da _____ a _____

TRASFORMAZIONI SOCIETARIE¹

DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA' INTERESSATI DALLA VARIAZIONE			
C1	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	denominazione dell'insegna di esercizio (se presente) _____		
C2	Titolare di: <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____ PROTOCOLLO _____		
C3	Titolare di: <input type="checkbox"/> DIA DEL _____ PROTOCOLLO _____		

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. ___ del _____ e registrato a _____ il _____ Società indicata nel quadro A3 si è trasformata
	Da _____ a _____

1) La presente sezione deve essere compilata in caso di mutamento della tipologia della società (ad es. da S.N.C. a S.A.S. o a S.R.L. e S.P.A.) od in caso di fusione e scissione della società senza trasferimento di azienda

VARIAZIONE DEL SOGGETTO IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA' INTERESSATI DALLA VARIAZIONE			
C1	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
denominazione dell'insegna di esercizio (se presente) <i>(N.B. compilare il presente quadro per tutte le attività in sede fissa e cioè esercizi di vicinato, medie e grandi strutture di vendita; punti esclusivi e non esclusivi di vendita di quotidiani e periodici, esercizi di somministrazione di alimenti e bevande, spacci interni)</i>			
C2	Titolare di: <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____ PROTOCOLLO _____ <i>(N.B. riportare gli estremi dell'autorizzazione rilasciata in caso di media o grande struttura di vendita; punti esclusivi e non esclusivi di vendita di quotidiani e periodici, commercio su aree pubbliche con posteggio)</i>		
	Titolare di: <input type="checkbox"/> DIA DEL _____ PROTOCOLLO _____ <i>(N.B. riportare gli estremi della dichiarazione di inizio di attività in caso di esercizio di vicinato, attività di commercio su aree pubbliche in forma itinerante, esercizi di somministrazione, spacci interni, commercio al dettaglio per corrispondenza, vendita tramite apparecchi automatici, vendita al domicilio dei consumatori)</i>		

E DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'				
è avvenuta la variazione del soggetto in possesso dei requisiti professionali prescritti per l'esercizio dell'attività nel settore alimentare o per l'esercizio dell'attività di somministrazione; pertanto a far data dalla presentazione della presente comunicazione, il soggetto in possesso dei requisiti professionali è:				
E1	Cognome	Nome		
	Nato a	Prov.	Il	
	Residente in	Prov.	CAP	
	Via/piazza	n.		
	Codice fiscale			
	già investito della carica di legale rappresentante della società di cui al quadro A3, che allega alla presente la dichiarazione circa il possesso dei requisiti di onorabilità e professionali di cui all'art.13 e 14 della l.r. 7.2.2005 n. 28 di cui agli allegati 1 e 2			
a far data dalla presentazione della presente comunicazione, il soggetto specificamente preposto all'attività commerciale è:				
E2	Cognome	Nome		
	Nato a	Prov.	Il	
	Residente in	Prov.	CAP	
	Via/piazza	n.		
	Codice fiscale			
	che allega alla presente la dichiarazione circa il possesso dei requisiti di onorabilità e professionali di cui all'art.13 e 14 della l.r. 7.2.2005 n. 28 di cui agli allegati 1 e 2. <i>(n.b. da compilare in caso di mutamento del preposto all'attività commerciale o di somministrazione)</i>			
Si precisa che il soggetto sopra indicato, si sostituisce a:				
E3	Cognome	Nome		
	Nato a	Prov.	Il	
	Residente in	Prov.	CAP	
	Via/piazza	n.		
	Codice fiscale			
	originariamente individuato come soggetto specificamente preposto all'attività commerciale o di somministrazione, ai sensi dell'art. 14, 6° c, l.r. 7.2.2005 n. 28.			

COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO			
F	<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
	* <i>Specificare il motivo del rilascio</i>		
TRATTAMENTO DATI PERSONALI			
G	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 :		
	<ul style="list-style-type: none"> - 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*

Allegati:

1. **Elenco dei soggetti cessati dalla carica di Legale Rappresentante della società (allegato 3).**
2. **Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse**

ALLEGATO 3 Elenco dei soggetti cessati dalla carica di Legale Rappresentante della società

Cognome	Nome		
Nato a	Prov.	il	
Codice fiscale (16 caratteri)			
Residente in	Prov.	CAP	
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			

Cognome	Nome		
Nato a	Prov.	il	
Codice fiscale (16 caratteri)			
Residente in	Prov.	CAP	
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			

Cognome	Nome		
Nato a	Prov.	il	
Codice fiscale (16 caratteri)			
Residente in	Prov.	CAP	
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			

Cognome	Nome		
Nato a	Prov.	il	
Codice fiscale (16 caratteri)			
Residente in	Prov.	CAP	
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			

Cognome	Nome		
Nato a	Prov.	il	
Codice fiscale (16 caratteri)			
Residente in	Prov.	CAP	
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			

Cognome	Nome		
Nato a	Prov.	il	
Codice fiscale (16 caratteri)			
Residente in	Prov.	CAP	
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			

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