



Amministrazione destinataria
Comune di Calusco d'Adda

Ufficio destinatario

COMUNICAZIONE:

modifica soggetti titolari dei requisiti morali e/o professionali

Comunicazione di modifica dei soggetti titolari dei requisiti morali e/o professionali

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia					
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	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											
<i>(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)</i>											
Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata											
in relazione all'attività di											
Attività svolta											
Settori merceologici											
<input type="checkbox"/>	alimentare										
<input type="checkbox"/>	non alimentare										

con sede operativa in*(da non compilare in caso di vendita per corrispondenza, televisione e altri sistemi di comunicazione)*

Particella terreni o unità immobiliare urbana		Codice catastale	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria		
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

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

il procedimento riguarda ulteriori immobili

 con eventuale magazzino in

Particella terreni o unità immobiliare urbana		Codice catastale	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria		
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

COMUNICA

la 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

tipo attività

Tipo attività

<input type="checkbox"/>	acconciatore o estetista
<input type="checkbox"/>	acconciatore
<input type="checkbox"/>	estetista
<input type="checkbox"/>	agenzia d'affari
<input type="checkbox"/>	autorimessa
<input type="checkbox"/>	autoriparatore
<input type="checkbox"/>	meccatronica
<input type="checkbox"/>	carrozzeria
<input type="checkbox"/>	gommista
<input type="checkbox"/>	autoscuola
<input type="checkbox"/>	bar, ristoranti e altri esercizi di somministrazione di alimenti e bevande in zone tutelate
<input type="checkbox"/>	bar, ristoranti e altri esercizi di somministrazione di alimenti e bevande in zone non tutelate
<input type="checkbox"/>	bar, ristoranti e altri esercizi di somministrazione di alimenti e bevande in esercizi posti nelle aree di servizio e/o nelle stazioni
<input type="checkbox"/>	commercio all'ingrosso
<input type="checkbox"/>	commercio in spacci interni
<input type="checkbox"/>	esercizio di vicinato
<input type="checkbox"/>	facchinaggio
<input type="checkbox"/>	grande struttura di vendita
<input type="checkbox"/>	impresa di pulizie, disinfezione, disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione
<input type="checkbox"/>	pulizia
<input type="checkbox"/>	disinfezione
<input type="checkbox"/>	disinfestazione
<input type="checkbox"/>	derattizzazione
<input type="checkbox"/>	sanificazione
<input type="checkbox"/>	media struttura di vendita
<input type="checkbox"/>	panificazione
<input type="checkbox"/>	somministrazione di alimenti e bevande nelle scuole, negli ospedali, nelle comunità religiose, in stabilimenti militari o nei mezzi di trasporto pubblico
<input type="checkbox"/>	somministrazione di alimenti e bevande presso circolo privato
<input type="checkbox"/>	somministrazione di alimenti e bevande svolta congiuntamente ad altra attività
<input type="checkbox"/>	somministrazione di alimenti e bevande presso il domicilio del consumatore
<input type="checkbox"/>	struttura ricettiva alberghiera
<input type="checkbox"/>	con somministrazione di alimenti e bevande ai soli alloggiati

<input type="checkbox"/>	struttura ricettiva all'aria aperta
<input type="checkbox"/>	con somministrazione di alimenti e bevande ai soli alloggiati
<input type="checkbox"/>	tintolavanderia o lavanderia a gettoni
<input type="checkbox"/>	tintolavanderia
<input type="checkbox"/>	lavanderia a gettoni
<input type="checkbox"/>	stireria
<input type="checkbox"/>	vendita esclusivamente mediante apparecchi automatici
<input type="checkbox"/>	vendita mediante apparecchi automatici in altri esercizi commerciali già abilitati o in altre strutture e/o su area pubblica
<input type="checkbox"/>	vendita per corrispondenza, televisione e altri sistemi di comunicazione
<input type="checkbox"/>	vendita per corrispondenza
<input type="checkbox"/>	vendita per radio o televisione
<input type="checkbox"/>	commercio elettronico
<input type="checkbox"/>	altri sistemi di comunicazione (specificare)
<input type="checkbox"/>	vendita presso il domicilio dei consumatori

in precedenza avviata tramite

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

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e Codice Penale), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Solo per la modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)

che i seguenti soggetti cessano la titolarità dei requisiti morali

Nome	Cognome	Codice fiscale

che i seguenti soggetti sono i nuovi soggetti titolari dei requisiti morali

(ognuno dei soggetti sotto indicati deve compilare e sottoscrivere la "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

Nome	Cognome	Codice fiscale

Solo per la modifica del soggetto in possesso dei requisiti professionali

che i seguenti soggetti cessano la titolarità dei requisiti professionali

Nome	Cognome	Codice fiscale

che il soggetto che possiede i nuovi requisiti professionali è quello indicato nei moduli allegati.

(il soggetto che possiede i nuovi requisiti professionali deve compilare e sottoscrivere l'apposita dichiarazione in funzione dell'attività svolta)

Solo per la modifica della ragione sociale

comunica congiuntamente la modifica della ragione sociale

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

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

<input type="checkbox"/>	comunicazione di modifica della ragione sociale
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del preposto (Allegato B)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile tecnico per attività di autoriparatore (Allegato B)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile tecnico per attività di tintolavanderia (Allegato B)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile per attività di panificazione (Allegato B)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile tecnico per attività di pulizie, disinfezione, disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione (Allegato B)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del rappresentante TULPS per attività di somministrazione di alimenti e bevande in circoli privati (Allegato B)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del rappresentante di strutture ricettive (Allegato B)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile didattico (Allegato B)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile tecnico per attività di acconciatore (Allegato C)
<input type="checkbox"/>	dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile tecnico per attività di estetista (Allegato D)
<input type="checkbox"/>	dichiarazione di accettazione del responsabile tecnico per attività di acconciatore ed estetista
<input type="checkbox"/>	ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria <i>(da allegare se previsti)</i>
<input type="checkbox"/>	ulteriori immobili oggetto del procedimento
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>
<input type="checkbox"/>	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
<input type="checkbox"/>	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)*

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

Calusco d'Adda

Luogo

Data

Il dichiarante