



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					

SEGNALAZIONE CERTIFICATA D'INIZIO ATTIVITA'
(D.P.R. 480/2001 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)

TRASMETTE SEGNALAZIONE RELATIVA A:

0	Codice ATECO	Nome attività	Oggetto
		Autorimessa	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA' <input type="checkbox"/> VARIAZIONI <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:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A2	IN QUALITA' DI			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Inquirente	
	<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile			repertorio N°
	del e registrato a			il
A3	DELLA			
	Forma giuridica *	Denomin.**		
	Costituita in data	Oggetto sociale		
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/piaz.	N. civico	CAP	
	Sede operativa nel Comune di			Prov.
	Via/P.zza	N. civico	CAP	
	Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di		In data	N°
	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			

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telefono	Cellulare	Fax

INIZIO ATTIVITA'

DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'						
C	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno		
	Comune			Prov.	CAP	
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.	
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona			
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro dati propr. imm.le _____					

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI				
D	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) _____			
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'		
E	L'autorimessa è:	<input type="checkbox"/> in locale CHIUSO <input type="checkbox"/> in un'area all'APERTO
	Il numero totale dei posti per i veicoli è _____	
	Superficie complessiva dell'area destinata al deposito dei veicoli mq: _____	

VARIAZIONE DELLA RAGIONE O DELLA DENOMINAZIONE SOCIALE

L'AUTORIMESSA UBICATA IN:			
C1	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
C2	Titolare di: <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> LICENZA N. _____ 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 _____ La nuova ditta è stata costituita in data _____ e ha:	
	Sede legale nel Comune di	Provincia
Via/piaz.	N. civico	CAP
Sede operativa nel Comune di	Prov.	
Via/P.zza	N. civico	CAP
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di	In data	N°

VARIAZIONE SEDE LEGALE

L'AUTORIMESSA UBICATA IN:			
C1	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
C2	Titolare di: <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> LICENZA N. _____ DEL _____ PROTOCOLLO _____		

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	La sede legale dell'impresa è stata trasferita: Da Via/P.zza _____ a Via/P.zza _____

VARIAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

L'AUTORIMESSA UBICATA IN:			
C1	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
C2	Titolare di: <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> LICENZA N. _____ DEL _____ PROTOCOLLO _____		

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	<input type="checkbox"/> per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. ____ del _____ e registrato a _____ il _____ <input type="checkbox"/> per effetto del verbale dell'assemblea ordinaria del _____, in copia allegato alla presente la legale rappresentanza della società indicata nel quadro A3 è stata attribuita al/ai soggetto/i di cui all'allegato 1, contenente la dichiarazione di questo/i circa il possesso dei requisiti di onorabilità di cui art. 11 e 92 del R. D. 773/1931. Che il/i precedente/i legale/i rappresentante/i della società indicata nel quadro A3 era/erano il/i soggetti indicato/i nell'alleg. 2.

SUBINGRESSO

C1	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'AUTORIMESSA LICENZA/DIA DEL		PROT.	UBICATA IN:	
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> dati propr. imm.le _____					

D	CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ/ESERCIZIO INDICATO NEL QUADRO C 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		

D1	CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ/ESERCIZIO INDICATO NEL QUADRO C ERA LA SOCIETÀ' (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		
Note: * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.					

D2	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):					

D3	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					

F	REQUISITI PERSONALI		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del R.D. 773 del 1931 (T.U.L.P.S.);		
	ULTERIORI DICHIARAZIONI		
	<input type="checkbox"/> il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente a codesto Ufficio ogni eventuale variazione dei dati riportati sulla presente segnalazione, soprattutto per quel che concerne la titolarità dell'attività, la sede dell'attività e la società rappresentata;		
	<input type="checkbox"/> a restituire il presente atto entro 3 gg. dalla eventuale cessazione dell'attività.		
	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 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, 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. certificato prevenzione incendi (se trattasi di locali al chiuso);
2. dichiarazione del proprietario dell'area o dei locali, da cui si evince che lo stesso è al corrente dell'attività in parola (se il richiedente non ne è proprietario);
3. n. 3 planimetrie dell'area o dei locali redatte da tecnico iscritto ad apposito albo professionale, con relative (n. 3) relazioni tecniche (NB in caso di variazione per ampliamento degli stessi locali o area, oltre alla comunicazione di cui sopra, occorrono n. 2 nuove planimetrie e relazioni aggiornate) ;



ALLEGATO N. 1 Dichiarazione di altre persone (amministratori, soci) .

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			

DICHIRANO

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 di onorabilità previsti dagli artt. 11 e 92 del R. D. 773 del 1931 (T.U.L.P.S.).

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 cittadino extracomunitario allegare

**ALLEGATO 2. 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



ALLEGATO N. 3

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 445/2000) per successione

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.	
-----	-----	-----	
<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