

MODIFICA DELLA RAGIONE/COMPAGINE SOCIALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(Prov. ____) il _____ C.F. _____ (Cittadinanza _____)

residente nel Comune di _____ (Prov. di _____) C.A.P. _____

Via/Piazza _____ n. _____ ☎ _____

nella sua qualità di:

Titolare dell'**IMPRESA INDIVIDUALE** Artigiana Non Artigiana

Legale rappresentante della **SOCIETA'** Artigiana Non Artigiana

C.F. n. _____ Partita I.V.A. _____ con sede nel

Comune di _____ (Prov. di _____) C.A.P. _____ in

Via _____ n. _____ ☎ _____ Fax _____

VISTE le leggi 14 febbraio 1963, n. 161 e successive modificazioni, e 17 agosto 2005, n. 174

VISTA la Legge 4 gennaio 1990, n.1 e la L.R. 29/1991

VISTO il Regolamento Comunale

COMUNICA che

nell'attività di _____ esercitata nei locali siti nel Comune di Affi in via

_____ n. _____ piano _____

presso _____

in forza di:

Aut.ne prot. n. _____ del _____

DIA prot. n. _____ del _____

CIA prot. n. _____ del _____

è avvenuta con decorrenza dal _____ come da atto notarile del _____

◇ LA MODIFICA DELLA RAGIONE SOCIALE DA _____

◇ LA MODIFICA DELLA COMPAGINE SOCIALE per recesso o ingresso socio/i _____

◇ LA TRASFORMAZIONE della SOCIETA' DA _____

DICHIARA

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445

IDONEITA' SANITARIA DEI LOCALI E DELLE ATTREZZATURE

- CHE I LOCALI E LE ATTREZZATURE NON HANNO SUBITO ALCUNA VARIAZIONE** rispetto all'idoneità sanitaria rilasciata precedentemente.
- che, **ESSENDO STATE APPORTATE DELLE MODIFICHE AI LOCALI, AL LAY-OUT O ALLE ATTREZZATURE** rispetto all'idoneità sanitaria precedente, è stata rilasciata dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'ULSS 22 nuova idoneità sanitaria in data _____

L'attività di ESTETISTA è svolta con le seguenti attrezzature: _____

REQUISITI PROFESSIONALI

l'abilitazione/qualificazione professionale è posseduta dai seguenti soggetti, responsabili tecnici:

per l'attività di **ACCONCIATORE**

- dal sottoscritto
- dai/l soci/o _____

- dal direttore tecnico* _____

per l'attività di **ESTETISTA**

- dal sottoscritto
- dai/l soci/o _____

- dal direttore tecnico* _____

*(Specificare a fianco del nominativo la tipologia contrattuale e produrne copia)

COMPILARE I RIQUADRI A PARTE

REQUISITI SOGGETTIVI

ai fini della Legge 575/1965 e successive di modificazioni (antimafia)

◇ **(Per le Ditte individuali)** che nei propri confronti non sussistono cause di divieto o di decadenza o di sospensione per l'esercizio dell'attività, di cui all'art. 10 della L. 575 del 31.05.1965

◇ **(Per le Società)** che nei confronti della Società rappresentata non sussistono cause di divieto o di decadenza o di sospensione per l'esercizio dell'attività, di cui all'art. 10 della L. 575 del 31.05.1965 e di non essere a conoscenza dell'esistenza di tali cause nei confronti degli altri soggetti sotto generalizzati:

Indicare

- per **s.n.c.** tutti i soci
- per **s.a.s.** i soci accomandatari
- per **s.r.l., S.p.A. e Soc. Coop.** il legale rappresentante e membri consiglio di amministrazione

Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Qualifica Societaria

D I C H I A R A altresì

- di essere a conoscenza:

- che l'attività dovrà essere svolta solamente in presenza dei responsabili in possesso della prescritta qualificazione professionale;
 - che la presente dichiarazione è da considerarsi parte integrante
 - dell'Aut.ne prot. n. _____ del _____
 - della DIA prot. n. _____ del _____
della CIA prot. n. _____ del _____
 - che in caso di variazioni dovrà essere data comunicazione al competente Ufficio Comunale nei modi e termini previsti;
- che nella medesima sede viene svolta l'attività di _____ come da Autorizzazione/DIA n. _____ del _____, intestata a _____

CHE la presente dichiarazione è stata assegnata all'Ufficio Attività Economiche del Settore Commercio ed Attività Economiche e che il responsabile del procedimento è la Sig.ra Milena Schiavon.

COMUNICA, inoltre

ai sensi della disposizione del Sindaco n. 21 del 07.06.2007 **di effettuare il seguente orario**

	ORARIO INVERNALE				ORARIO ESTIVO				
	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	
lunedì					lunedì				
martedì					martedì				
mercoledì					mercoledì				
giovedì					giovedì				
venerdì					venerdì				
sabato					sabato				

Per la sua validità DEVE essere corredata della seguente documentazione

- ◇ Originale della certificazione notarile dell'atto di modifica della ragione/compagine sociale oppure copia dell'atto registrato
- ◇ Copia Qualificazione/Abilitazione professionale (**se modificato rispetto alla precedente situazione**)
- ◇ Copia dell'idoneità sanitaria dei locali con la planimetria vistata dall'ULSS 22 – Servizio Igiene e Sanità Pubblica (**se modificato rispetto alla precedente situazione**)

Affi, _____

FIRMA *

(Allegare copia documento identità)

PRIVACY

Dichiara di aver preso visione dell'informativa prevista ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

Il trattamento dei dati personali è effettuato dal Comune, anche in forma automatizzata, per le finalità previste dalla normativa in materia. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Il mancato conferimento non permette l'espletamento dell'istruttoria. I dati sono oggetto di comunicazione e di diffusione nei limiti previsti dall'art. 19, comma 2 e 3 del D. Lgs. n. 196/2003. Gli interessati godono dei diritti previsti dall'art. 7 del citato D.Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma* _____

*La Legge 191/98 prevede che la firma nella domanda non vada autenticata quando è sottoscritta davanti al dipendente addetto o quando è presentata insieme alla fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.

RISERVATO ALL'UFFICIO:

Estremi del documento d'identità _____

Data _____

DICHIARAZIONE DEI/L SOCI/O IN POSSESSO DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE

Il/La sottoscritt _____ nato/a a _____
(Prov. di _____) il _____ C.F. _____ (Cittadinanza _____)
residente a _____, Via _____ n. _____

dichiaro

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445

1. di essere in possesso della qualificazione professionale di _____, in quanto:
◇ riconosciuta dalla C.P.A. di _____, in data _____
◇ è già stato titolare di autorizzazione per analoga attività nel Comune di _____
◇ _____
(altro)

2. **di non essere** titolare di autorizzazione, dipendente o preposto per analoga attività in altra sede

FIRMA* _____

Il/La sottoscritt _____ nato/a a _____
(Prov. di _____) il _____ C.F. _____ (Cittadinanza _____)
residente a _____, Via _____ n. _____

dichiaro

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445

1. di essere in possesso della qualificazione professionale di _____, in quanto:
◇ riconosciuta dalla C.P.A. di _____, in data _____
◇ è già stato titolare di autorizzazione per analoga attività nel Comune di _____
◇ _____
(altro)

2. **di non essere** titolare di autorizzazione, dipendente o preposto per analoga attività in altra sede

FIRMA* _____

Il/La sottoscritt _____ nato/a a _____
(Prov. di _____) il _____ C.F. _____ (Cittadinanza _____)
residente a _____, Via _____ n. _____

dichiaro

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445

1. di essere in possesso della qualificazione professionale di _____, in quanto:
◇ riconosciuta dalla Commissione Prov.le per l'Artigianato di _____, in data _____
◇ è già stato titolare di autorizzazione per analoga attività nel Comune di _____
◇ _____
(altro)

2. **di non essere** titolare di autorizzazione, dipendente o preposto per analoga attività in altra sede

FIRMA* _____

Allegare Documento d'Identità in corso di validità

DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO

Il/La sottoscritt _____
nato/a a _____ (_____) il _____ C.F. _____
(Cittadinanza _____) residente a _____, Via
_____ n. _____

dichiara

Consapevole delle responsabilità penali e delle conseguenze previste dall' art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445 in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni

1. di accettare l'incarico di responsabile dell'attività;
2. di essere in possesso della qualificazione professionale di _____ in quanto:
 - ◇ riconosciuta dalla C.P.A. di _____, in data _____
 - ◇ è già stato titolare di autorizzazione per analoga attività nel Comune di _____
 - ◇ _____
(altro)di **non essere** titolare di autorizzazione, dipendente o preposto per analoga attività in altra sede;
3. che darà comunicazione al Comune della cessazione del rapporto o dell'eventuale rinuncia all'incarico.

Se cittadino extracomunitario

(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di permesso di soggiorno per _____

(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di carta di soggiorno per _____

n. _____ rilasciato in data _____ da _____

con validità fino al _____

Affi,

FIRMA*

La Legge 191/98 prevede che la firma nella domanda non vada autenticata quando è sottoscritta davanti al dipendente addetto o quando è presentata insieme alla fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.

RISERVATO ALL'UFFICIO:

Estremi del documento d'identità _____

Data _____

Allega: fotocopia del documento d'identità in corso di validità
 fotocopia del permesso di soggiorno/carta di soggiorno, se straniero, in corso di validità

Da compilarsi da parte del titolare/legale rappresentante e da tutti i soci se cittadini extracomunitari

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____, il _____ Cittadinanza (_____)

DICHIARA
(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di permesso di soggiorno per _____
(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di carta di soggiorno per _____
n. _____ rilasciato in data _____ da _____ con validità
fino al _____ FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____, il _____ Cittadinanza (_____)

DICHIARA
(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di permesso di soggiorno per _____
(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di carta di soggiorno per _____
n. _____ rilasciato in data _____ da _____ con validità
fino al _____ FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____, il _____ Cittadinanza (_____)

DICHIARA
(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di permesso di soggiorno per _____
(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di carta di soggiorno per _____
n. _____ rilasciato in data _____ da _____ con validità
fino al _____ FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____, il _____ Cittadinanza (_____)

DICHIARA
(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di permesso di soggiorno per _____
(specificare il motivo del rilascio)

di essere in possesso di carta di soggiorno per _____
n. _____ rilasciato in data _____ da _____ con validità
fino al _____ FIRMA _____

**ALLEGARE fotocopia del documento d'identità, in corso di validità;
fotocopia del permesso di soggiorno/carta di soggiorno in corso di validità**