

<b>PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO</b> EX D.P.R. 160/2010	
<b>SUAP COMUNE DI FORLÌ</b>  Comune di Forlì	

<b>Oggetto pratica</b>					
<b>DENOMINAZIONE ATTIVITA'</b>					
<input type="radio"/>	Agricoltura(*)	<input type="radio"/>	Artigianato(*)	<input type="radio"/>	Commercio in sede fissa e forme speciali di vendita(*)
<input type="radio"/>	Agenzia di viaggi e turismo(*)	<input type="radio"/>	Agenzia d'affari(*)	<input type="radio"/>	Animali da Compagnia(*)
<input type="radio"/>	Impianti di distributori di carburante(*)	<input type="radio"/>	Somministrazione di alimenti e bevande(*)	<input type="radio"/>	Spettacoli e Trattenimenti(*)
<input type="radio"/>	Strutture Ricettive dirette all'ospitalità(*)	<input type="radio"/>	Vendita di quotidiani e periodici(*)	<input type="radio"/>	Vendita di funghi spontanei e di funghi porcini secchi sfusi(*)
<input type="radio"/>	Commercio su aree pubbliche (*)	<input type="radio"/>	Installazione ed esercizio di giochi leciti, di cui agli artt.110 e 86 del TULPS e Sala Giochi(*)	<input type="radio"/>	Mercati all'ingrosso(*)
<input type="radio"/>	Edilizia(*)	<input type="radio"/>	Ambiente(*)	<input type="radio"/>	Notifiche Sanitarie AUSL(*)
Specificare il tipo d'intervento, oppure in caso di integrazione inserire il numero di protocollo o codice telematico dell'istanza iniziale			(*)		
Ubicazione, Via:		(*)	Numero civico:		(*)

il/la sottoscritto/a(*)			
nato a(*)		(Prov: )	
il(*)	cod.Fiscale(*)		
residente nel Comune di <small>(Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)</small>		(Prov: )	CAP(*)
sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria(*)			
tel.(*)		fax	
PEC (*)			

le sezioni seguenti sono da compilare nel caso agisca per conto di altra persona fisica o giuridica  
 da compilare in caso di **Legale rappresentante di società/Titolare di impresa individuale**:

a titolo di (*)	<input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE <input type="checkbox"/> TITOLARE DITTA INDIVIDUALE <input type="checkbox"/> ALTRO
denominazione/ragione sociale(*)	

con sede in(*)	(Prov: )	CAP.(*)	
indirizzo(*)			
telefono		fax	
eMail			
cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*)		P.IVA.	
iscrizione al Registro imprese di		num.	
codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza			

da compilare in caso di **Legale rappresentante di privato**:

a titolo di(*)	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante di minore <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di adulto interdetto <input type="checkbox"/> Altro		
nome e cognome(*)			
nato a(*)	(Prov: )		
il(*)		stato di nascita(*)	
cittadinanza(*)		cod.fiscale(*)	
residente nel Comune di(*)	(Prov: )	CAP.(*)	
località/frazione			
indirizzo(*)			

da compilare in caso di **Rappresentante di altro ente/associazione - (inclusi enti no profit)**:

motivazione della rappresentanza(*)	<input type="checkbox"/> Delegato <input type="checkbox"/> Dipendente con rappresentanza <input type="checkbox"/> Altro		
dell'ente rappresentato(*)			
con sede in(*)	(Prov: )	CAP.(*)	
indirizzo(*)			
località/frazione			
telefono		fax	
eMail			
cod.Fiscale o Identificativo Straniero(*)		P.IVA.	

informazioni relative all'iscrizione al Registro regionale delle Persone Giuridiche:

regione		numero iscrizione al Registro regionale	
---------	--	---	--

da compilare in caso di **Professionista/associazione di categoria/altro soggetto munito di procura/in qualità di delegato dal procuratore (delegato dal procuratore SOLO per impianti radioelettrici per telefonia mobile)**:

descrizione qualifica	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> OPERATORE DI ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA <input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA		
iscritto all'albo	<input type="checkbox"/> Ordine dei Farmacisti <input type="checkbox"/> Ordine degli architetti <input type="checkbox"/> Collegio dei geometri <input type="checkbox"/> Ordine dei giornalisti		

	<input type="checkbox"/> Ordine degli infermieri (di prossima attuazione) <input type="checkbox"/> Ordine dei geologi <input type="checkbox"/> Ordine dei consulenti del lavoro <input type="checkbox"/> Consiglio nazionale dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Collegio dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Albo dei dottori agronomi e dottori forestali <input type="checkbox"/> Albo unico dei promotori finanziari <input type="checkbox"/> Ordine dei medici <input type="checkbox"/> Ordine degli psicologi <input type="checkbox"/> Ordine dei dottori commercialisti <input type="checkbox"/> Ordine degli avvocati <input type="checkbox"/> Ordine dei notai <input type="checkbox"/> Ordine degli ingegneri <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Iscrizione all'albo non richiesta
--	---

numero albo		prov. di iscrizione		data iscrizione	
-------------	--	---------------------	--	-----------------	--

Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente <input type="checkbox"/> Istanza <input type="checkbox"/> Segnalazione <input type="checkbox"/> Comunicazione <input type="checkbox"/> Altro					
--	--	--	--	--	--

tramite	l'atto di procura speciale				
---------	----------------------------	--	--	--	--

sottoscritto il		custodito presso	la sede dell'associazione/lo studio del professionista/la sede dello studio professionale associato e allegato alla presente istanza		
-----------------	--	------------------	--	--	--

per conto di:	
---------------	--

da compilare nel caso il titolare sia **Privato**:

nome e cognome (*)					
nato a(*)					(Prov: )
il (*)		cod.Fiscale (*)			
residente in (*)					(Prov: ) CAP.(*)
indirizzo (*)					

da compilare nel caso il titolare sia **Impresa (impresa individuale, società di persone, società di capitali, società cooperative)**:

denominazione/ ragione sociale (*)						
con sede in (*)					(Prov: ) CAP. (*)	
indirizzo (*)						
telefono				fax		
eMail						
cod.Fiscale (*)			P.IVA.			
provincia di iscrizione al registro imprese					num.	

dati rappresentante legale o titolare

nome e cognome(*)			cod.Fiscale(*)		
nato a (*)			(Prov: )	in data (*)	

residente a (*)	(Prov: ) CAP (*)
indirizzo (*)	
<b>PRESENTA</b>	<b>Oggetto</b>
Comunicazione di rinuncia a Concessione presso il Mercato Agroalimentare all'ingrosso.	Rinuncia a Concessione presso il Mercato agroalimentare all'ingrosso.

**Scelte effettuate per la compilazione**

**Settore:** Mercato all'ingrosso commercio Agroalimentare

**Operazioni:**  
Comunicazione di RINUNCIA a CONCESSIONE presso mercato all'ingrosso

**Interventi:**  
Rinuncia a Concessione presso il Mercato agroalimentare all'ingrosso.

**Procedimenti:**  
Comunicazione di rinuncia a Concessione presso il Mercato Agroalimentare all'ingrosso.

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. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

**D I C H I A R A**

**Al Comune di Forlì**

per: Rinuncia a Concessione presso il Mercato agroalimentare all'ingrosso.

I DOCUMENTI INVIATI IN ALLEGATO, devono essere firmati digitalmente e forniti nei seguenti formati: -1) ".pdf" - 2) ".zip" nel caso in cui devono essere inviati piu' file .pdf firmati digitalmente nella stessa cartella. I DOCUMENTI INVIATI IN ALLEGATO CHE SONO DICHIARAZIONI DI TERZI possono essere sottoscritti con firma autografa dal dichiarante e trasformati in copia informatica di formato .pdf, in questi casi, deve essere sempre allegata la copia informatica di un documento di identita' valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa. Nel caso in cui il SUAPER telematico non accetti la documentazione per le restrizioni di "Dimensione massima" la documentazione puo' essere depositata presso lo sportello unico a mezzo di CD.

**che la presente è sottoscritta da**

☐ Persona fisica(\*)

☐ Società, Associazione od organismo collettivo(\*)

Cognome :	_____@  _____@  _____@  _____@  _____	Nome :	_____@  _____@  _____@  _____@  _____	Carica :	_____@  _____@  _____@  _____@  _____
Comune di nascita :	_____@  _____@  _____@  _____@  _____	provincia :	_____@  _____@  _____@  _____@  _____	data di nascita :	_____@  _____@  _____@  _____@  _____

Nota, nel campo Carica specificare: amministratore, titolare, legale rappresentate, socio, ecc..

in caso di necessità selezionare [+] per aggiungere campi compilabili

<b>di essere consapevole che</b>	
alla presente comunicazione deve essere allegata COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' del titolare, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.	
Nel caso di SOCIETA', ASSOCIAZIONE OD ORGANISMO COLLETTIVO è necessaria la copia di documento d'identità del legale rappresentante, del preposto all'attività commerciale e di tutti i soggetti individuati dall'articolo 85 del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159.	
Per le Società, associazioni od organismi collettivi la dichiarazione sul possesso dei requisiti prescritti dall'art. 71 del Decreto Legislativo 26 marzo 2010, n. 59, ai fini dell'esercizio dell'attività di commercio al dettaglio su aree pubbliche, deve essere resa dal legale rappresentante, dal preposto all'attività commerciale e da tutti i soggetti individuati dall'art. 85 del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159, utilizzando modelli separati da allegare alla presente domanda, unitamente a fotocopia di documento di identità di ciascun dichiarante.	
<input type="checkbox"/>	PER PRESA VISIONE(**)

<b>che relativamente all'iscrizione presso al registro delle imprese</b>								
<input type="radio"/> di essere iscritto presso(*)								
il Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di		(*)	n. di iscrizione		(*)	data di iscrizione		(*)
<input type="radio"/> di non essere iscritto al Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. (*)								

<b>di essere</b>					
titolare di concessione n.		(*)	rilasciata dal Comune di Forlì in data		(*)

<b>di RINUNCIARE</b>			
a partire dal		(*)	alla Concessione amministrativa sopra individuata.
A tal fine si riconsegna a mezzo posta Raccomandata con Ricevuta di Ritorno			
<input type="checkbox"/>	ORIGINALE del provvedimento amministrativo menzionato(**)		
<input type="checkbox"/>	CONCESSIONE DI POSTEGGIO correlata		

*Dati operatore*

Nome:	Anonimo
Cognome:	Anonimo
Codice fiscale:	NNMNNM70A01H536W
Indirizzo e-mail:	

*Dati accreditamento*

Tipo qualifica:	Utente
Descrizione:	-----

## ALLEGA

per: Rinuncia a Concessione presso il Mercato agroalimentare all'ingrosso.
Documento
Copia del documento d'identita' in corso di validita' ai sensi del DPR 445/2000 (solo per chi non firma digitalmente la comunicazione)
Copia del documento d'identita' in corso di validita' ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445 art.38 di altre persone (amministratori, soci, i quali non firmano digitalmente)
delega firmata dei cointestatari / soci e/o altri aventi titolo (modello in allegato da compilare)

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati forniti e dichiara di essere previamente informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003, che i dati personali forniti saranno trattati dall'Ufficio ricevente esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale i dati sono resi, e che potranno essere comunicati ad altri soggetti, anche con mezzi informatici, solo per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano.

Dichiara, altresì, di essere informato che in ogni momento potrà esercitare i diritti previsti all'articolo 7 del summenzionato decreto legislativo.

Data presentazione: 04/09/17