

## PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO

EX D.P.R. 160/2010



SUAP Unione di Comuni della Romagna forlivese

Comune di \_\_\_\_\_

Oggetto pratica					
DENOMINAZIONE ATTIVITA'					
<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 (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)				(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 (*)	[ ] LEGALE RAPPRESENTANTE
	[ ] TITOLARE DITTA INDIVIDUALE

				[ ] 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		[ ] 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>SEGNALA</b>	Oggetto
Variare la ragione sociale sull'autorizzazione per il commercio su aree pubbliche	SCIA per variare la ragione sociale sull'autorizzazione per il commercio su aree pubbliche

**Scelte effettuate per la compilazione**

Settore:	Ambulanti itineranti
----------	----------------------

Operazioni:	Variare la ragione sociale
-------------	----------------------------

Interventi:	Variare la ragione sociale sull'autorizzazione per il commercio su aree pubbliche
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Procedimenti:	SCIA per variare la ragione sociale sull'autorizzazione per il commercio su aree pubbliche
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

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**

<b>Al Comune di Forlì</b>
per: Variare la ragione sociale sull'autorizzazione per il commercio su aree pubbliche

<b>che nel caso in cui sia richiesta una variazione societaria che comporta la modifica di chi effettua la somministrazione di alimenti e bevande, i requisiti professionali sono posseduti:</b>			
<input type="radio"/>	DAL RICHIEDENTE, titolare di ditta individuale o legale rappresentante di società, che dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:(*)		
<input type="checkbox"/>	di essere stato iscritto nel Registro Esercenti il Commercio (REC), salva cancellazione del medesimo registro(**)		
presso la CCIAA di	(*)	in data	(*)
con n° della Sezione Ordinaria			
con n° dell' Elenco Speciale Preposti			
con n° della Sezione Speciale Imprese Turistiche			
<input type="checkbox"/>	avere frequentato con esito positivo un corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle regioni o dalle province autonome di Trento e di Bolzano(**)		
nome dell'Istituto/ente	(*)	Sede provincia	(*)
via		n.civico	

frazione			
n.telefono			
oggetto del corso	(*)	anno di conclusione	(*)
riconosciuto dalla Regione /Provincia		con atto n.	
<input type="checkbox"/> aver esercitato in proprio, per almeno 2 anni anche non continuativi nell'ultimo quinquennio(**)			
l'attività di (precisare se somministrazione di alimenti e bevande o commercio di prodotti del settore alimentare)	(*)	dal	(*)
ditta individuale iscritta al Registro Imprese presso la CCIAA di		(*)	
<input type="checkbox"/> avere prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande(**)			
nome impresa :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____	sede impresa :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____
<input type="checkbox"/> in qualità di dipendente qualificato, addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione degli alimenti regolarmente iscritto all'INPS(**)			
inquadrate al livello :		_____ @ _____ @ _____ @ _____ @  _____	
del CCNL settore :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____	con la qualifica di :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____
nome impresa :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____	sede impresa :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____
<input type="checkbox"/> in qualità di socio lavoratore regolarmente iscritto all'INPS ovvero in qualità di amministratore di società di capitali(**)			
<input type="checkbox"/> in qualità di coadiutore familiare - se trattasi di coniuge, parente, affine, entro il terzo grado - regolarmente iscritto all'INPS(**)	di :		_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____
dal :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____	al :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____
<input type="checkbox"/> associato in partecipazione con effettiva prestazione lavorativa, risultante dal contratto(**)			
in data :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____	registrato all'Agenzia delle Entrate di :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____
e regolarmente iscritto all'apposita gestione previdenziale INPS			
dal :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____	al :	_____ @ _____ @  _____ @ _____ @  _____
<input type="checkbox"/> essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di laurea, anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, purché nel corso di studi siano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti(**)			
nome dell'Istituto	(*)	sede	(*)
via		n.civico	

Frazione			
n. telefono			
Titolo conseguito		(*)	anno di conseguimento
Materie attinenti il commercio o la somministrazione di alimenti e bevande presenti nel piano di studi			(*)
<input type="radio"/> DA PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE(*)			
Cognome		(*)	Nome
che agirà in qualità di :			
<input type="checkbox"/>	preposto ai sensi dell'art. 5, comma 6, del D.lgs 114/1998(**)		
<input type="checkbox"/>	delegato ai sensi dell'art. 6 comma 3 della Legge Emilia Romagna 14/2003(**)		
<input type="checkbox"/>	rappresentante ai sensi dell'art. 93 del T.U.L.P.S.(**)		
Il preposto/delegato deve compilare la Dichiarazione dei requisiti del preposto - Allegato B (disponibile nella successiva sezione allegati)			
<input type="radio"/> NON SI EFFETTUA SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE(*)			
N.B. In caso di qualifica professionale conseguita fuori dall'Italia, ai sensi del D.lgs. 9/11/2007 n. 206, occorre ottenere preventivamente il riconoscimento dei titoli e/o dei documenti comprovanti la professionalità da parte del Ministero competente per materia. Per ulteriori informazioni v. il sito Internet del Ministero dello Sviluppo Economico ( <a href="http://www.sviluppoeconomico.gov.it/">http://www.sviluppoeconomico.gov.it/</a> )			

<b>che si è verificata variazione di ragione sociale</b>			
ferma restando la titolarità delle autorizzazioni commerciali ed eventuali concessioni dei posteggi sopra indicati, nonché l'identità sostanziale della ditta individuale/società intestataria,			
da		(*)	
a		(*)	
Dovuta a:			
<input type="checkbox"/> TRASFORMAZIONE(**)			
da Società, Associazione, od Organismo Collettivo (indicare il tipo di società preesistente)		(*)	
a Società, Associazione, od Organismo Collettivo (indicare il tipo di società attuale)		(*)	
<input type="checkbox"/> RECESSO / INGRESSO DI SOCI(**)			
<input type="radio"/> Socio in INGRESSO(*)		<input type="radio"/> Socio in RECESSO(*)	
nome :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	cognome :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
nato il :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	a :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
e residente a :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	provincia :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
codice fiscale :		_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	

in caso di molteplicità di variazioni selezionare il testo [+] e compilare i campi che interessano

**di essere**

titolare di autorizzazione al commercio su aree pubbliche numero :		_____ @ _____ @ _____ @ _____ @	
rilasciata dal Comune di :		in data :	
_____	_____ @ _____ @	_____	_____ @ _____ @
_____	_____ @ _____ @	_____	_____ @ _____ @
per l'esercizio del commercio al dettaglio su area pubblica nel posteggio isolato numero :		_____ @ _____ @ _____ @ _____ @	
_____		_____	
nell'ambito di Mercato / Fiera locale denominato/a :	_____ @	per la vendita di	(*)
_____	_____ @		
_____	_____ @		
_____	_____ @		
_____	_____ @		

in caso di più autorizzazioni selezionare il tasto [+] e compilare debitamente i campi

**di essere consapevole che**

- I dati riportati nella presente ed i documenti ad essa allegati, s'intendono, laddove possibile, AUTODICHIARATI ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

- La documentazione allegata alla presente è CONFORME ALL'ORIGINALE, ai sensi degli artt. 19 e 47 del citato Decreto, e che anche tale dichiarazione è effettuata con la piena consapevolezza delle sanzioni anche penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del citato D.P.R..

PER PRESA VISIONE(\*\*)

**di essere consapevole che**

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.

PER PRESA VISIONE(\*\*)

**dati relativi all'iscrizione al registro imprese**

iscrizione al Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di		(*)	n. di iscrizione		(*)
data di iscrizione		(*)	con numero di R.E.A.		(*)

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 identità 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(\*)

<input type="radio"/> 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>che l'azienda ha ad oggetto la vendita su aree pubbliche di prodotti appartenenti al settore:</b>					
<input type="radio"/>	alimentare(*)	<input type="radio"/>	non alimentare(*)	<input type="radio"/>	alimentare e non alimentare(*)
<input type="checkbox"/>	La variazione richiesta prevede l'annotazione sul titolo autorizzatorio suddetto dell'abilitazione alla Somministrazione di Alimenti e Bevande (S.A.B.)				
L'annotazione sul titolo autorizzatorio dell'abilitazione alla somministrazione di alimenti e bevande è posseduta dal:					

<b>di essere in possesso di requisiti morali previsti dall'art. 71, del D.lgs. del 26.03.2010 n.59:</b>					
1] Non possono esercitare l'attività commerciale di vendita e di somministrazione:					
a) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;					
b) coloro che hanno riportato una condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo, per il quale e' prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concreto, una pena superiore al minimo edittale;					
c) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, Titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;					
d) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e la sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;					
e) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione e nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali;					
f) coloro che sono sottoposti a una delle misure di prevenzione ovvero a misure di sicurezza; di cui al D.lgs del 06.09.2011 n. 159;					
2] Non possono esercitare l'attività di somministrazione di alimenti e bevande coloro che si trovano nelle condizioni di cui al comma 1, o hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro la moralità pubblica e il buon costume, per delitti commessi in stato di ubriachezza o in stato di intossicazione da stupefacenti; per reati concernenti la prevenzione dell'alcolismo, le sostanze stupefacenti o psicotrope, il gioco d'azzardo, le scommesse clandestine, nonché per reati relativi ad infrazioni alle norme sui giochi.					
3] Il divieto di esercizio dell'attività, ai sensi del comma 1, lettere b), c), d), e) e f), e ai sensi del comma 2, permane per la durata di cinque anni a decorrere dal giorno in cui la pena e' stata scontata. Qualora la pena si sia estinta in altro modo, il termine di cinque anni decorre dal giorno del passaggio in giudicato della sentenza, salvo riabilitazione.(art 71, comma 3)					
4] Il divieto di esercizio dell'attività non si applica qualora, con sentenza passata in giudicato sia stata concessa la sospensione condizionale della pena sempre che non intervengano circostanze idonee a incidere sulla revoca della sospensione.					
5] In caso di società, associazioni od organi collettivi, i requisiti di cui alle lettere a) b) c) d) e) f) devono essere posseduti dal legale rappresentante, da altra persona preposta, all'attività commerciale e da tutti i soggetti individuati dall'art. 85 del D.lgs del 06.09.2011 n. 159.					
<input type="checkbox"/>	PER PRESA VISIONE(*)				
N.B.: in caso di società compilare obbligatoriamente anche l'ALLEGATO A					

**la sussistenza nei propri confronti della REGOLARITA' CONTRIBUTIVA per l'esercizio dell'attività di commercio**

al dettaglio su aree pubbliche							
A tal fine rende noto							
<input type="radio"/>	trattandosi di nuova azienda, l'iscrizione è in corso di definizione presso la C.C.I.A.A.; ed i dati necessari comprese eventuali iscrizioni all'INPS e all'INAIL; saranno comunicati non appena ottenuta la registrazione(*)						
<input type="radio"/>	iscrizione al Registro delle Imprese(*)	presso la C.C.I.A.A. di					(*)
n. di iscrizione		(*)	data di iscrizione		(*)	con numero R.E.A.	(*)
<input type="radio"/>	iscrizione all'INPS(*)	sede di		(*)	n.		(*)
<input type="radio"/>	non è soggetto ad iscrizione all'INPS, in quanto come lavoratore autonomo esercita solo saltuariamente l'attività di commercio su aree pubbliche senza dipendenti nè collaboratori familiari ed esercita in modo prevalente e a tempo pieno l'attività di(*)						
specificare (es.: lavoratore dipendente, ecc.)							(*)
<input type="radio"/>	iscrizione all'INAIL(*)	sede di		(*)	n.		(*)
<input type="radio"/>	non è soggetto ad iscrizione all'INAIL, in quanto come lavoratore autonomo esercita l'attività di commercio su aree pubbliche senza dipendenti nè collaboratori familiari(*)						
Altro da specificare							

#### Dati operatore

Nome:	Anonimo
Cognome:	Anonimo
Codice fiscale:	NNMNM70A01H536W
Indirizzo e-mail:	

#### Dati accreditamento

Tipo qualifica:	Utente
Descrizione:	-----

### ALLEGA

per: Variare la ragione sociale sull'autorizzazione per il commercio su aree pubbliche	
Documento	
dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000	
Copia del documento d'identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445 art.38 di altre persone (amministratori, soci, i quali non firmano digitalmente)	
Copia della carta di soggiorno o del permesso di soggiorno con idonea motivazione in corso di validità. (se il permesso scade entro 30 giorni, allegare copia della ricevuta della richiesta di rinnovo)	
Dichiarazione dei requisiti di altri soggetti (amministratori, soci) indicate dalla normativa antimafia. Qualora le dichiarazioni sono fornite firmate digitalmente dai singoli amministratori, soci, non occorre allegare copia dei documenti	

d'identita'.
Copia documento d'identita' in corso di validita' ai sensi del D.P.R. 445/2000 del preposto/delegato/rappresentante. (solo per chi non firma digitalmente)
Dichiarazione dei requisiti del preposto/delegato/rappresentante

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: 07/09/17