

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

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 <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 (*)	
PRESENTA	Oggetto
Comunicazione di variazione dei tesseramenti	Variazione del tesseramento; Rinunce o cessazioni di tessere; Richiesta di nuove tessere

Scelte effettuate per la compilazione

Settore:	Mercato all'ingrosso Avicunicolo
Operazioni:	Variazione del tesseramento; Rinunce o cessazioni di tessere; Richiesta di nuove tessere
Interventi:	Variazione del tesseramento; Rinunce o cessazioni di tessere; Richiesta di nuove tessere
Procedimenti:	Comunicazione di variazione dei tesseramenti

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: Variazione del tesseramento; Rinunce o cessazioni di tessere; Richiesta di nuove tessere

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 relativamente alla possibilità di richiesta per nuovi servizi

<input type="radio"/>	si RICHIEDE nuovo/i tesseramento/i(*)		
in nome e per conto della Ditta individuale/Società	(*)	Tessera n°	
comunica la richiesta di assegnazione di nuovo tesseramento della tipologia			
<input type="radio"/>	1° Livello	<input type="radio"/>	2° Livello BOX
<input type="radio"/>	2° Livello SCRIVANIA(*)	<input type="radio"/>	Commissione / Comitato(*)
da attribuirsi al seguente nominativo			
cognome :	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
nome :	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

nato il :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	nel comune di :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	provincia di :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
residente nel comune di :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	provincia di :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	indirizzo :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
codice fiscale :			_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____		

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni variazione che interverrà circa l'indicazione delle persone ammesse all'uso del Box Office / Meeting Space.

☐ NON si richiedono nuove tessere(*)

in caso di molteplicità di tessere selezionare il tasto [+] e compilare debitamente

che

☐ si è effettuata la VARIAZIONE relativa a(*)

Denominazione ditta/operatore :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	tessera n° :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____	livello :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
---------------------------------	---	--------------	---	-----------	---

Indicare i dati soggetti a variazione

<input type="checkbox"/>	Ragione sociale(**)	(specificare) :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
<input type="checkbox"/>	Partita I.V.A.(**)	n° :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
<input type="checkbox"/>	Indirizzo(**)	via - n° civico :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
<input type="checkbox"/>	Rinuncia o cessazione(**)	tessera n° :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____
<input type="checkbox"/>	Altre variazioni(**)	(specificare) :	_____ @ _____ @ _____ @ _____ @ _____

☐ NON si effettuano variazioni alle tessere assegnate(*)

nel caso di modifiche su più tessere selezionare [+] e compilare debitamente

Dati operatore

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

Dati accreditamento

Tipo qualifica:	Utente
Descrizione:	-----

ALLEGA

per: Variazione del tesseramento; Rinunce o cessazioni di tessere; Richiesta di nuove tessere
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)

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: 05/09/17