



MODULISTICA
REGIONALE UNIFICATA
MODELLO B

Spazio per
apposizione
protocollo

Inserire qui
stemma del
Comune

**DICHIARAZIONE SUBINGRESSO / CESSAZIONE / SOSPENSIONE E
RIPRESA / CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE**

Al Comune di _____

Ai sensi delle L.R. 1/2007 e 8/2007 e delle DGR 4502/2007 e 6919/2008

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Codice ISTAT Comune
A cura degli Uffici Comunali

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ **Nome** _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M F

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. _____

Residenza: Comune _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

E-mail: _____

Telefono: _____ FAX: _____

in qualità di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Titolare | <input type="checkbox"/> Curatore fallimentare |
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Erede o avente causa |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

dell'Impresa/Azienda/Ente

Denominazione o ragione sociale: _____

- | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ditta individuale | <input type="checkbox"/> SNC | <input type="checkbox"/> SAPA | <input type="checkbox"/> SAS | <input type="checkbox"/> SRL | <input type="checkbox"/> SURL | <input type="checkbox"/> SPA |
| <input type="checkbox"/> Ente pubblico | <input type="checkbox"/> Società Cooperativa | <input type="checkbox"/> SS | <input type="checkbox"/> Altro | _____ | | |

Codice Fiscale _____

Partita IVA (se diversa da C.F.) _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Telefono: _____ FAX: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ | |
| <input type="checkbox"/> Iscritto al R.E.A. al n° _____ | |
| <input type="checkbox"/> Non tenuto all'iscrizione in quanto Ente o altra struttura | <input type="checkbox"/> In attesa di iscrizione al R.E.A. |
| <input type="checkbox"/> Posizione INAIL _____ | |
| <input type="checkbox"/> CODICE INAIL Impresa _____ | |
| <input type="checkbox"/> Iscritto all'Albo Imprenditori Agricoli Professionali al n° _____ del ____ / ____ / ____ prov. _____ | |
| <input type="checkbox"/> Iscritto all'Albo Imprese Artigiane al n° _____ del ____ / ____ / ____ prov. _____ | |

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**

DICHIARA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Il subingresso | <input type="checkbox"/> La sospensione / ripresa dell'attività |
| <input type="checkbox"/> La cessazione dell'attività | <input type="checkbox"/> Il cambiamento di ragione sociale |

**Il/la sottoscritto/a DICHIARA
SUBINGRESSO A:**

Denominazione o ragione sociale: _____ **B1**
con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
a far tempo dal giorno ____/____/____ nell'attività con sede operativa in:
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
a seguito di: compravendita affitto di azienda
 donazione cessazione di affitto di azienda
 successione per atto tra vivi successione mortis causa
 fusione di azienda altre cause (specificare sotto) _____

Il subingresso avviene: nella titolarità in gestione sino al ____/____/____

DICHIARA inoltre

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune
- che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata / dichiarata
- che i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita DIAP (**MODELLO A**)
- che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (Autocertificazione Antimafia)
 - di essere in possesso dei requisiti morali e professionali (*) necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto della presente dichiarazione
- in caso di attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande:
- che i requisiti morali sono posseduti da tutti i soggetti di cui all'art. 5 l.r. 30/2003
 - che i requisiti professionali sono posseduti da:
 Titolare o legale rappresentante Preposto o delegato dalla società

(Compilare e allegare Scheda 2 per ciascun soggetto)

(*) Per attività di servizi alla persona, compilare e allegare Scheda 3

SOSPENSIONE O RIPRESA DELL'ATTIVITÀ

L'attività con sede operativa in: _____ **B2**
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
 verrà **SOSPESA** fino al ____/____/____
per i seguenti motivi: _____
 precedentemente sospesa dal ____/____/____ verrà **RIPRESA** dal ____/____/____

CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE

La denominazione o ragione sociale cambia _____ **B3**
dall'attuale: _____
alla nuova: _____

DICHIARA INOLTRE

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune
- che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata / dichiarata
- che i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita DIAP (**MODELLO A**)

CESSAZIONE ATTIVITÀ PER: Trasferimento di proprietà o di gestione dell'impresa**B4** Chiusura definitiva dell'attività

a far tempo dal giorno ____/____/____ dell'attività con sede operativa in:

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. | | | | |

Per le sole attività di vendita al dettaglio in sede fissa ex art. 7 D.Lgs 114/98 e somministrazione ex art. 8 comma 4 L.R. 30/2003, segnalare i titoli autorizzativi delle attività cessate:

 commercio di vicinato autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ commercio in spacci interni COM n° prot. _____ del _____ Ente _____ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. _____ del _____ Ente _____ somministrazione alimenti e bevande autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ DIA (241/90) n° prot. _____ del _____ Ente _____ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. _____ del _____ Ente _____ intrattenimento ex art. 68 Testo Unico Leggi Pubblica Sicurezza LICENZA P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____ Intrattenimento ex art. 69 Testo Unico Leggi Pubblica Sicurezza LICENZA P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____

A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa:

 cessa completamente ogni attività rimangono in essere altre attività**N.B. IN ALLEGATO SI RICONSEGNA NO° _____ TITOLI AUTORIZZATIVI SOPRA INDICATI****ALLEGA**

- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ
Ai fini della verifica dell'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

 SCHEDA 2 - Requisiti morali e professionali per le attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande (N° totale di schede allegate: _____) SCHEDA 3 - Attività di Servizi alla persona N° _____ TITOLI AUTORIZZATIVI per attività di vendita e somministrazione ALTRO: _____**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____

N.B. Per le attività di vendita, copia del presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio e una ulteriore copia va tenuta esposta in modo visibile al pubblico all'interno dell'esercizio.