



Amministrazione destinataria
Comune di Sesto San Giovanni

Ufficio destinatario

Segnalazione certificata di inizio/modifica/variazione/cessazione attività per sala del commiato

Ai sensi dell'articolo 42 del Regolamento Regionale 09/11/2004, n. 6

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia					
Sede legale											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										☐	
Codice Fiscale					Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia	Numero iscrizione					
domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento											
<i>(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)</i>											
Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata											
in relazione alla sala del commiato collocata in											
Particella terreni o unità immobiliare urbana				Codice catastale	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria		
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										☐	
Ulteriori immobili oggetto del procedimento <i>(se diverso da zero sarà necessario allegare il modulo "Ulteriori immobili oggetto del procedimento")</i>											
il procedimento riguarda ulteriori immobili											
Agibilità dei locali					Protocollo			Data			
svolta nell'ambito dell'attività funebre avviata con											
Titolo autorizzativo				Protocollo		Data		Ente di riferimento			
☐	autorizzazione, concessione o nulla osta										
☐	SCIA, DIAP o COM										

☐	altro (specificare)			
-----------------------	---------------------	--	--	--

SEGNALA

☐	l'avvio dell'attività
☐	la modifica di una attività esistente, riguardante:
☐	trasferimento della sede
☐	locali/impianti
☐	la variazione dell'attività, riguardante:
☐	cambio di ragione sociale
☐	modifica dei soggetti titolari dei requisiti (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)
☐	subingresso
☐	sospensione o ripresa dell'attività
☐	cessazione dell'attività

in precedenza avviata tramite			
Titolo autorizzativo	Protocollo	Data	Ente di riferimento
☐ autorizzazione, concessione o nulla osta			
☐ SCIA, DIAP o COM			
☐ altro (specificare)			

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ che nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 (" *Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia* ")
- ☒ di non aver riportato condanne penali ostative allo svolgimento dell'attività e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi dell'articolo 11 e dell'articolo 92 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- ☒ di non essere incapace di obbligarsi ai sensi dell'articolo 131 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- ☒ che nei confronti della società non sono state presentate nell'ultimo quinquennio istanze di fallimento o ammissione a concordato preventivo
- ☒ di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività oggetto della segnalazione (ad esempio autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, licenze di pubblico spettacolo, ecc.)
- ☒ che i locali ed i servizi igienici sono conformi alle caratteristiche dettate dalle normative in materia sanitaria, edilizia, urbanistica e ad ogni altra normativa e regolamentazione vigente
- ☒ di avere la disponibilità dei locali, i quali sono indipendenti da abitazioni o altre attività e prevedono un unico ingresso per i clienti
- ☒ che l'edificio/i locali/l'area in cui si svolge l'attività ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'attività oggetto della domanda di autorizzazione
- ☒ che la sala del commiato possiede le caratteristiche igienico-sanitarie previste dall'articolo 42 del Regolamento Regionale 09/11/2004, n. 6

possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività	
<i>(da compilare in caso di avvio dell'attività, subingresso o modifica dei soggetti titolari dei requisiti)</i>	
Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali	
☐	unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
☐	oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività
<i>(compilare il modello "autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti")</i>	

TRASFERIMENTO DELLA SEDE (A1) - collocazione precedente						
Particella terreni o unità immobiliare urbana	Codice catastale	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

MODIFICA LOCALI/IMPIANTI (A2)								
Tipologia modifica								
☐ estensione superficie destinata all'attività oggetto della presente segnalazione								
☐ riduzione superficie destinata all'attività oggetto della presente segnalazione								
Descrizione modifica (descrivere cosa comporta la modifica e la nuova distribuzione delle superfici)								

CESSAZIONE ATTIVITÀ (B2)								
Motivazione								
A far tempo dal giorno		A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa						

SUBINGRESSO A (B3)								
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia		
Sede legale								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	
Codice fiscale			Partita IVA					
A far tempo dal giorno		A seguito di		Specificare altre cause				
Il subingresso avviene						Data fine gestione		
Dichiara inoltre								
Modifiche locali								
☐ che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune								
☐ che i locali hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita SCIA								
Modifiche attività								
☐ che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata								
☐ che sono cambiate le condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata								

SOSPENSIONE O RIPRESA DELL'ATTIVITÀ (B4)			
Tipo istanza			
☐ l'attività verrà sospesa			
Data inizio sospensione		Data fine sospensione	
☐ l'attività precedentemente sospesa verrà ripresa			
Data inizio sospensione		Data ripresa	

CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE (B5)	
Precedente ragione sociale	
Nuova ragione sociale	

MODIFICA SOGGETTI TITOLARI DEI REQUISITI (B6)		
Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Cognome	Nome	Codice Fiscale

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐	n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
☐	copia dell'atto di cessione o dichiarazione notarile
☐	planimetria dei locali in scala non inferiore a 1:100 indicando anche, per ogni locale, destinazione d'uso, superficie, altezza, operazioni che vi si svolgono
☐	ricevuta dei diritti sanitari dell'ATS
☐	ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria (da allegare se previsti)
☐	ulteriori immobili oggetto del procedimento
☐	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Sesto San Giovanni		
Luogo	Data	Il dichiarante