

NEL CASO IN CUI CI SI AVVALGA DI UN LIBERO PROFESSIONISTA, ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA O PROCURATORE, PER L'INVIO TELEMATICO INDICARE IL NOMINATIVO DEL DELEGATO A RICEVERE EVENTUALI COMUNICAZIONI

*Cognome e nome _____

 *Telefono _____  Cellulare _____  E-mail _____

 Fax _____ * PEC _____

Ai sensi del D.L. 6/6/2012 N. 74, dell' Ordinanza n. 3 in data 22/06/2012 del Presidente della Regione Emilia Romagna, in qualità di commissario delegato,

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione per la delocalizzazione dell'attività

DETTAGLIO DELL'ATTIVITÀ CHE SI INTENDE DELOCALIZZARE

la DELOCALIZZAZIONE

definitiva* temporanea*

totale* parziale* (da specificare): _____

dell'ATTIVITÀ di * _____

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E RELATIVE SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare	<input type="checkbox"/>	tot. mq	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Non alimentare	<input type="checkbox"/>	tot. mq	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Somministrazione alimenti (bar/ristoranti)	<input type="checkbox"/>	tot. mq	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servizi (studio medico, agenzie, ecc)	<input type="checkbox"/>	tot. mq	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

in possesso di Autorizzazione / DIA / SCIA n. _____ con data _____,
con attività sospesa in quanto i locali sono INAGIBILI ai sensi delle norme vigenti,

CHE IL TRASFERIMENTO avverrà **DALLA SEDE** sita nel Comune* di _____

Provincia _____ CAP ___/___/___/___/___ *Indirizzo _____ n. _____ / _____

Foglio _____ Mappale _____ Subalterno _____

NELLA NUOVA COLLOCAZIONE:

locali

struttura (container o casette) _____

aree scoperte (indicare con cosa: container o casette) _____

ZONA POLO VIA TORINO (NOVI)

ZONA POLISPORTIVA – VIA CURIEL (ROVERETO)

UBICATA

nel Comune* di _____ Provincia * _____ CAP ___/___/___/___/___ Indirizzo *

_____ n* _____ / _____

Foglio _____ Mappale _____ Subalterno _____

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

DICHIARAZIONI INERENTI I REQUISITI PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

- Di essere in possesso dei requisiti morali e professionali richiesti per l'esercizio dell'attività sopra indicata.

DICHIARAZIONI INERENTI I REQUISITI

- Che la domanda è presentata in deroga
 - ✓ ai requisiti urbanistici (comprese dotazioni di standard urbanistici e parcheggi pertinenziali)
 - ✓ ai requisiti specifici
- Che sono rispettate le disposizioni vigenti
 - ✓ in materia di agibilità dei locali e dei luoghi di lavoro
 - ✓ sugli impianti (elettrico, gas, ecc.)
- Che sono rispettati i requisiti e le prescrizioni inderogabili, previsti nelle autorizzazioni: sanitarie, ambientali e le altre pertinenti l'attività, in corso di validità per l'esercizio dell'attività esercitata, anche con riferimento ai provvedimenti assunti dall'autorità competente a seguito degli eventi sismici del 20/05/2012 e seguenti.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NOTIFICA SANITARIA (art. 6 REG. CE 852/2004)

- che, ai sensi dell'art.6 del Reg CE 852/2004 è già registrato presso l'AUSL di _____ per l'attività già avviata nella sede originaria.

N.B. Il SUAP provvederà alla trasmissione della comunicazione all'AUSL di competenza.

ALLEGATI

- Copia del documento d'identità del firmatario
- Per i cittadini non comunitari: permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità.
- In caso di invio telematico da parte di un RAPPRESENTANTE (associazione/libero professionista): Procura speciale (vedi modello allegato)
- In caso di esercizio congiunto con altre attività: Atto di assenso del titolare dell'attività ospitante (vedi modello allegato)

PRIVACY

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ___/___/_____

_____(Firma).

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA

 **MODALITA' DI PRESENTAZIONE**

IL PRESENTE MODELLO PUO' ESSERE:



Inviato tramite modalità telematica al seguente indirizzo SUAP@PEC.TERREDARGINE.IT

PER AVERE INFORMAZIONI E CHIARIMENTI

Per informazioni:

- chiamare i seguenti numeri telefonici: GILOCCHI ENZO – TEL 059/899436
ENZO.GILOCCHI@COMUNE.CAMPOGALLIANO.MO.IT
- visitare il sito del Comune
http://www.comune.novi.mo.it/comune/EMERGENZA_TERREMOTO.html

* la compilazione dei campi contrassegnati con l'asterisco è OBBLIGATORIA