

Protocollo Generale Comune	<i>Riservato all'ufficio</i>	
N° _____	numero SUAP _____	
data _____	data di accettazione _____	
Protocollo SUAP n° _____	data di avvio del procedimento _____	

AL COMUNE DI RAVANUSA
Sportello Unico per le Attività Produttive
Via Roma, n° 3
92029 Ravanusa

ESERCIZIO DI COMMERCIO AL DETTAGLIO DI VICINATO (Cat. G, All. A, D.P.R.S. 162/05)
COMUNICAZIONE (COM 1-D.A. 8/5/2001)

Ai sensi della L.r. n. 28/99 (art. 6, co. 5; art. 7, co. 1, 2, 4 e 6; art. 29, co. 3); della L.r. 17/04, art. 24; del D.P.R.S. n. 162/05, IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome	Nome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita <input type="text"/>	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Stato <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>	Cittadinanza <input type="text"/>
Luogo di nascita: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residenza: <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
Via/Piazza, ecc. <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>	E-m@il <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>

Nella qualità di: Titolare di Ditta Individuale Rappresentante legale della società
 Presidente dell'Associazione Culturale _____

Da compilare in caso di società o associazione e per l'indicazione della sede legale in caso di ditta individuale

C.F. <input type="text"/>	P. IVA (se diversa dal C.F.) <input type="text"/>
Ragione sociale <input type="text"/>	
Comune <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>
Sede <input type="text"/>	
Via/piazza <input type="text"/>	N° civico <input type="text"/>
CAP <input type="text"/>	
Data di costituzione <input type="text"/>	E-m@il <input type="text"/>
<input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>

TRASMETTE COMUNICAZIONE RELATIVA A

<input type="checkbox"/> A APERTURA NUOVO ESERCIZIO
<input type="checkbox"/> B APERTURA PER SUBINGRESSO
<input type="checkbox"/> C VARIAZIONI
<input type="checkbox"/> C1 Trasferimento di sede
<input type="checkbox"/> C2 Ampliamento o riduzione della superficie di vendita
<input type="checkbox"/> C3 Variazione del settore merceologico
<input type="checkbox"/> D CESSAZIONE DI ATTIVITA'

A TAL FINE, DICHIARA QUANTO CONTENUTO NELLA RISPETTIVA SEZIONE:

Copia del presente modello, corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune, va presentata al Registro Imprese della CCLAA di Agrigento, entro 30 gg. dall'effettivo verificarsi del fatto, qualora non siano giunte da parte del Comune comunicazioni contrarie.

Sezione D – CESSAZIONE DI ATTIVITA'

L'ESERCIZIO UBICATO IN

Via/Piazza _____ N°

CESSA DAL PER Trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa
 Chiusura definitiva dell'esercizio

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA DELL'ESERCIZIO CESSATO

Alimentare Mq. Non Alimentare Mq.

TABELLE SPECIALI

Generi di monopolio Farmacie Carburanti Mq.

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (Compresa la superficie adibita ad altri usi) Mq.

Indicare per esteso, ai sensi del d.p.r. n. 581/95, qualunque sia la sezione compilata (esclusa la D), l'attività esercitata o che si intende esercitare - Relazione resa anche ai sensi dell'art. 2, punto 4), del D.P.R.S. n. 162/05

ATTIVITA' PREVALENTE _____

ATTIVITA' SECONDARIA _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

- Quadro autocertificazione
- Allegato A – Dichiarazione possesso requisiti morali di altre persone in caso di società
- Allegato B – Dichiarazione possesso requisiti professionali del legale rappresentante e/o delegato della società
- Allegato C - Iscrizione/cancellazione/variazione TARSU

TUTELA DATI PERSONALI Il sottoscritto dichiara di essere informato che, ai sensi del D.Lgs. 196/03, i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della norma citata. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività di questa amministrazione. In relazione ai predetti trattamenti, si potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03.

Data _____

Firma del titolare o legale rappresentante
