

COMUNICA

Ai sensi e per gli effetti di legge, che:

**NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' INSALUBRE SOPRA INDICATA
SONO INTERVENUTE LE SEGUENTI VARIAZIONI
(Che non implicano la presentazione di una nuova segnalazione certificata di inizio attività)**

1. Variazione del legale rappresentante

Precedente: Cognome _____ Nome _____
Attuale: Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ residente a _____
Via _____ n. _____
cittadinanza _____ - Codice Fiscale _____
Con effetto dal ____/____/_____
Atto di _____ stipulato o redatto in data _____
(Notaio _____ Rep. n. _____ registrato
a _____ il _____ al n. _____

2. Variazione della denominazione o ragione sociale

Da _____
A _____
Con effetto dal ____/____/_____
Atto di _____ stipulato o redatto in data _____
(Notaio _____ Rep. n. _____ registrato
a _____ il _____ al n. _____

3. Trasformazioni societarie

Specificare le trasformazioni societarie.

Con effetto dal ____/____/_____

4. Subingresso nell'attività insalubre senza modifiche

Indicare le seguenti informazioni.

Subentra all'impresa:

Persona fisica:	Cognome e nome	_____
	Luogo, data di nascita	_____
	Residenza	_____
	Codice fiscale	_____
Società o altro:	Denominazione	_____
	Sede legale	_____
	Codice fiscale	_____

Con effetto dal ____/____/_____

5. Modifiche del ciclo produttivo

Che l'attività esercitata a seguito della modifica del ciclo produttivo, risulta classificata quale **INDUSTRIA INSALUBRE** ai sensi del D.M. 5/9/1994 contenente "l'elenco delle industrie insalubri di cui all'art. 216 del testo unico delle leggi sanitarie" del tipo:

PRIMA CLASSE

Parte I lettera A) n. _____

Parte I lettera B) n. _____

Parte I lettera C) n. _____

SECONDA CLASSE

Parte II lettera A) n. _____

Parte II lettera B) n. _____

Parte II lettera C) n. _____

Definizione riportata nell'elenco di cui al D.M. 05/09/1994

(Specificare il tipo di insalubrità, indicando classe, parte, numero e definizione).

Con effetto dal ____/____/____

6. Altre variazioni

Specificare il tipo di variazioni intervenute.

Con effetto dal ____/____/____

7. Cessazione dell'attività

Indicare le informazioni richieste.

Cessazione definitiva dell'attività;

Altro (specificare): _____

Con effetto dal ____/____/____

Ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARA

- Di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente comunicazione;

- Che salve le variazioni indicate nella presente comunicazione nulla è cambiato rispetto allo stato esistente (ciclo produttivo, locali di esercizio) e che l'attività viene esercitata nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni in materia di edilizia ed urbanistica, igienico-sanitaria, ambientale e di sicurezza (escluso cessazione dell'attività);

- Di attenersi e rispettare interamente le eventuali prescrizioni e condizioni indicate nel titolo abilitativo all'esercizio dell'attività di cui trattasi (escluso cessazione dell'attività);

- Di aver adottato ogni provvedimento per la salvaguardia della salute e dell'incolumità del vicinato e che l'insediamento in questione risponde ai requisiti di cui alle norme vigenti;

- Che quanto contenuto nella presente comunicazione corrisponde a verità e che il sottoscritto dichiara inoltre, di essere consapevole delle responsabilità previste per le dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 496 C.P.), per la falsità negli atti, per l'uso di atti falsi, nonché dell'applicazione delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, e la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti;

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati raccolti nell'ambito delle informazioni e dichiarazioni rese sono trattati dal comune con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), in particolare per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Data _____

IL DICHIARANTE (firma)

Firma digitale oppure allegare copia di un valido documento di identità

Attenzione in caso di dubbio sul possesso dei requisiti non presentare la presente comunicazione e chiedere informazioni presso l'ufficio comunale competente e/o ai propri professionisti di fiducia.

In caso di dichiarazioni false si applicano le relative sanzioni penali.

La comunicazione deve essere effettuata al comune competente.

INFORMAZIONI

Per la richiesta di eventuali informazioni e chiarimenti relativi alla presente comunicazione può essere contattato il Tecnico/Associazione: _____

Con studio/sede in _____ Via _____ n. _____

E-mail: _____

Per eventuali comunicazioni urgenti può essere contattato il seguente numero di telefono _____
il numero di fax _____ o la seguente e-mail _____

Per informazioni e chiarimenti di tipo amministrativo rivolgersi al:

Comune di Monte San Savino (Arezzo) - Ufficio Ambiente Igiene e Sanità

Palazzo Torre Civica - Corso Sangallo, 97 (piano secondo) 52048 Monte San Savino (Arezzo)

Telefono 0575/8177264 – Fax 0575/8177250.

E-mail: massimo.materazzi@citymonte.it

Orario di apertura al pubblico:

Mattino: martedì, mercoledì e venerdì dalle 8.30 alle 12.30

Pomeriggio: martedì e giovedì dalle 15.00 alle 18.00.