

## Comune di CAMPOFORMIDO

### COMUNICAZIONI VARIE

### SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE

Il/la sottoscritto/a cognome e nome			
Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
codice fiscale		16 Caratteri	Data di nascita
cittadinanza			
Luogo di nascita: Comune		Provincia	Stato
Residenza: Comune			
Provincia			
Via/Piazza		N	
C.A.P.			
<b>IN QUALITÀ DI:</b>			
Titolare dell'omonima <b>impresa individuale</b>	C.F.		16 Caratteri
	P. IVA		11 Caratteri
	con sede nel Comune di		
	Provincia		
	Via/Piazza		
N			C.A.P.
N. di iscrizione al Registro Imprese			CCIAA di
<input type="checkbox"/> Impresa non iscritta			
Legale rappresentante	C.F.		11 Caratteri
	P. IVA (se diversa da C.F.)		11 Caratteri
	denominazione o ragione sociale		
	con sede legale nel Comune di		
	Provincia		
	Via/Piazza		
	N		
N. di iscrizione al Registro Imprese			CCIAA di
<input type="checkbox"/> Impresa non iscritta			

#### recapiti per comunicazioni

telefono		fax	
t. mobile		fax	
P.E.C.			
e-mail			

**Selezionare il tipo di attività di somministrazione di alimenti e bevande**

<input type="checkbox"/> esercizio di somministrazione (=tipologia A o tipologia UNICA)
<input type="checkbox"/> esercizio di somministrazione svolta in forma non prevalente, congiunta ad intrattenimento e svago prevalente (=tipologia B)
<input type="checkbox"/> esercizio situato in area di servizio di strada extraurbana principale, di autostrada
<input type="checkbox"/> esercizio situato in stazione dei mezzi di trasporto pubblico
<input type="checkbox"/> attività svolta nei mezzi di trasporto pubblico
<input type="checkbox"/> attività svolta a domicilio del consumatore
<input type="checkbox"/> attività svolta in forma temporanea
<input type="checkbox"/> mensa a gestione diretta <input type="checkbox"/> bar a gestione diretta
<input type="checkbox"/> servizio di mensa ricevuto in gestione <input type="checkbox"/> servizio di bar ricevuto in gestione
soggetto che ha conferito la gestione:
<input type="checkbox"/> presso azienda
<input type="checkbox"/> presso amministrazione ed ente pubblico _____
<input type="checkbox"/> presso scuola _____
<input type="checkbox"/> presso ospedale, casa di cura _____
<input type="checkbox"/> presso casa di riposo _____
<input type="checkbox"/> presso comunità religiosa, parrocchia, oratorio _____
<input type="checkbox"/> presso caserma, stabilimento militare e delle forze dell'ordine _____
<input type="checkbox"/> presso impianto sportivo _____
<input type="checkbox"/> presso associazione _____
<input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> presso musei (indicare la denominazione)
<input type="checkbox"/> presso teatri (indicare la denominazione)
<input type="checkbox"/> presso cinema (indicare la denominazione)
<input type="checkbox"/> presso sale da concerto (indicare la denominazione)
<input type="checkbox"/> presso sale per riunioni e convegni (indicare la denominazione)
<input type="checkbox"/> attività svolta presso circolo privato
<input type="checkbox"/> attività svolta presso centro commerciale, complesso commerciale, outlet, edificio di proprietà pubblica, cui il Comune riconosca particolare pregio storico, artistico o architettonico
<input type="checkbox"/> esercizi svolti in connessione con impianto di distribuzione carburanti

**Selezionare causale oggetto della comunicazione**

<input type="checkbox"/> sospensione temporanea di attività
<input type="checkbox"/> riapertura di attività al termine della sospensione temporanea
<input type="checkbox"/> cessazione definitiva di attività
<input type="checkbox"/> inizio dell'attività a seguito di rilascio di autorizzazione di tipologia A
<input type="checkbox"/> modifica dell'insegna
<input type="checkbox"/> affidamento di gestione di reparto
<input type="checkbox"/> modifica residenza impresa individuale
<input type="checkbox"/> modifica ragione sociale impresa societaria
<input type="checkbox"/> modifica sede legale impresa societaria
<input type="checkbox"/> subingresso senza attivazione





Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio Protocollo del Comune di Campoformido - Largo Municipio 9, anche tramite un incaricato, o inviata via fax, oppure a mezzo posta.

L'EVENTUALE TRASMISSIONE A MEZZO FAX dovrà essere effettuata al n. 0432-663581 dell'Ufficio Protocollo .

**“INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003:**

titolare del trattamento è il Comune di Campoformido, Largo Municipio 9 il titolare tratta i dati personali da Lei forniti con modalità anche automatizzate, per le finalità previste dall'art. 24 comma 1 lettera a) del D. Lgs 196/2003 (cioè per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria). I soggetti che verranno a conoscenza di tali dati personali, oltre al titolare, saranno le C.C.I.A.A., l'Azienda Servizi Sanitari, i Vigili del Fuoco, la Questura, la Prefettura, il Casellario Giudiziale.

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 rivolgendosi al Comune di Campoformido, Largo Municipio 9.

**Allega:** Titolo autorizzativo originale (solo per SOTTOSEZIONE A3)

