

COMUNE DI CAMPOFORMIDO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (L.R. 16/2007, art. 28, comma 6)

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

<input type="checkbox"/> esercizio di commercio al dettaglio in sede fissa
<input type="checkbox"/> commercio su aree pubbliche
<input type="checkbox"/> esercizio di vendita della stampa quotidiana e periodica
<input type="checkbox"/> esercizio di somministrazione di alimenti e bevande
<input type="checkbox"/> esercizio di trattenimento e svago
<input type="checkbox"/> circolo privato con somministrazione

<input type="checkbox"/> sala giochi
<input type="checkbox"/> struttura ricettiva e turistica
<input type="checkbox"/> imprenditore agricolo (limitatamente all'attività di vendita al dettaglio, esclusa la vendita su superfici all'aperto nell'ambito dell'azienda agricola ed altre aree private di cui gli imprenditori abbiano la disponibilità.)
<input type="checkbox"/> agriturismo
<input type="checkbox"/> rimessa veicoli - noleggio con/senza conducente
<input type="checkbox"/> estetista
<input type="checkbox"/> parrucchiere misto
<input type="checkbox"/> tatuatore
<input type="checkbox"/> piercer
<input type="checkbox"/> ambulatorio veterinario
<input type="checkbox"/> impianto di distribuzione carburanti
<input type="checkbox"/> altro (<i>indicare il tipo di attività</i>)

Selezionare causale	
<input type="checkbox"/> apertura	
<input type="checkbox"/> trasferimento di sede	
<input type="checkbox"/> ampliamento o riduzione della superficie	
<input type="checkbox"/> subingresso/reintestazione	
<input type="checkbox"/> altro	

INDIRIZZO DELL'ATTIVITA' PRODUTTIVA	
Comune _____	
Via/Piazza _____	N.Civico _____
Denominata _____	
DATI CATASTALI DEI LOCALI: Foglio _____ mappale _____ <input type="checkbox"/> del N.C.T. <input type="checkbox"/> del N.C.E.U., eventuale subalterno _____	

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n°445,

DICHIARA

- che l'attività viene gestita **con le stesse modalità** di cui alla documentazione di impatto acustico già agli atti del Comune (depositata in data _____ al PG _____), ed in particolare che non sono state apportate modifiche:
 - alle sorgenti sonore utilizzate (impianti e macchinari quali generatori, impianti di condizionamento, ventilazione, refrigerazione e diffusione sonora, videogiochi, attività di pulizia dei locali);
 - alla frequenza di esercizio, capacità ricettiva massima per l'esercizio;
 - all'orario di apertura al pubblico;
 - alle fasi di esercizio che determinano una maggiore rumorosità verso l'esterno;
 - all'eventuale utilizzo di aree esterne;
 - alle zone di permanenza degli avventori all'interno e all'esterno dell'esercizio;

- alle aree attrezzate per carico/scarico merci;
- alle aree destinate a parcheggio.

(in caso di subingresso/reintestazione) di aver preso visione della documentazione di impatto acustico depositata in Comune in data _____ al PG _____ dal precedente titolare/gestore.

Si elegge domicilio ai sensi dell'art. 47 C.C. presso il seguente indirizzo:

sig./sig.ra _____
 residente a _____ CAP/PROV. _____ / _____
 in via _____ n _____
 telefono _____ fax _____
 e-mail _____

Pertanto ogni comunicazione relativa alla presente istanza va indirizzata al nominativo sopra citato.

DATA

FIRMA (leggibile e per esteso)

SI ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ, IN CORSO DI VALIDITÀ.

Parte riservata all'ufficio competente:

COMUNE DI CAMPOFORMIDO	
Il dichiarante, della cui identità mi sono accertato mediante:	
_____	, ha firmato in mia presenza.
Data _____	Il dipendente addetto

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 competenza, anche tramite un incaricato, o inviata via fax, oppure a mezzo posta, oppure firmata digitalmente e trasmessa a mezzo P.E.C.

“Informativa ex art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003”: titolare del trattamento è il Comune che riceve la presente dichiarazione; 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 tutti gli Enti interessati dal procedimento. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 rivolgendosi al Comune di competenza.