

**Amministrazione destinataria**

Comune di Capri

Ufficio destinatario

Ufficio Commercio Città di Capri

Segnalazione certificata di variazione o cessazione attività per attività funebre*Ai sensi dell'articolo 68 e dell'articolo 69 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773***Il sottoscritto**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita

Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
								☐		

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia

Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP	
								☐		

Codice Fiscale	Partita IVA

Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione

Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	Provincia	Numero iscrizione

Posizione INAIL	Codice INAIL impresa

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata**

--

in relazione all'attività funebre con sede operativa in*(in caso di trasferimento della sede inserire la nuova sede operativa)*

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
							☐		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento *(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")*
il procedimento riguarda ulteriori immobili

Agibilità dei locali	Protocollo	Data
Insegna		

e con rimessa in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
							☐		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Classificazione rimessa

- ☐ a cielo aperto
☐ al chiuso

SEGNALA

la variazione dell'attività, riguardante:

- ☐ cambiamento di ragione sociale
☐ modifica dei soggetti titolari dei requisiti (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)
☐ sospensione o ripresa dell'attività
☐ cessazione dell'attività

in precedenza avviata con autorizzazione

Numero	Data	Ente di riferimento

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ che nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 (*"Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia"*)
- ☒ di non aver riportato condanne penali ostative allo svolgimento dell'attività e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi dell'articolo 11 e dell'articolo 92 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- ☒ di non essere incapace di obbligarsi ai sensi dell'articolo 131 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- ☒ che nei confronti della società non sono state presentate nell'ultimo quinquennio istanze di fallimento o ammissione a concordato preventivo
- ☒ di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività (ad esempio autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, ecc.)
- ☒ che i locali ed i servizi igienici sono conformi alle caratteristiche dettate dalle normative in materia sanitaria, edilizia, urbanistica e ad ogni altra normativa e regolamentazione vigente
- ☒ di avere la disponibilità dei locali, i quali sono indipendenti da abitazioni o altre attività e prevedono un unico ingresso per i clienti

- ☒ che l'edificio/i locali/l'area in cui si svolge l'attività ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'attività oggetto della domanda di autorizzazione
- ☒ di disporre di sede commerciale idonea per il conferimento degli incarichi e lo svolgimento dell'attività funebre
- ☒ che la rimessa indicata è attrezzata per la disinfezione e il riconvero di non meno di un carro funebre
- ☒ che il personale è in possesso di sufficienti conoscenze tecnico-pratiche attinenti le specifiche mansioni svolte

possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

(da compilare in caso di modifica dei soggetti titolari dei requisiti)

Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- ☐ unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- ☐ oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modello "autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti")

CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ

Motivazione

A far tempo dal giorno A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa

SOSPENSIONE O RIPRESA DELL'ATTIVITÀ

Tipo istanza

- ☐ l'attività verrà sospesa

Data inizio sospensione	Data fine sospensione	Motivazione
- ☐ l'attività precedentemente sospesa verrà ripresa

Data inizio sospensione	Data ripresa

CAMBIO DELLA REGIONE SOCIALE

Precedente ragione sociale

Nuova ragione sociale

MODIFICA DEI SOGGETTI TITOLARI DEI REQUISITI

Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Nuovi soggetti titolari dei requisiti morali (*)

Cognome	Nome	Codice Fiscale

(*) ciascuno dei soggetti indicati deve compilare e sottoscrivere la relativa autocertificazione di possesso dei requisiti morali.

☐ referente per la pratica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- ☐ dichiarazione del responsabile della conduzione dell'attività funebre
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(da allegare se previsti)
- ☐ ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ☐ copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- ☐ altri allegati *(specificare)*

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Capri

Luogo

Data

il dichiarante