

Allo Sportello Unico \_\_\_\_\_ Comune / Comunità / Unione \_\_\_\_\_

## SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' DI APERTURA SEDE PRINCIPALE PER ATTIVITA' DI SERVIZI FUNEBRI

(Ai sensi e per gli effetti dell'art. 115 T.U.L.P.S., degli artt. 3, 5 del Reg. Regionale di cui al D.P.G.R. 8/08/2012 n. 7/R,  
in attuazione dell'art. 15 L.R. 3/08/2011 n. 15, della D.G.R. 13/01/2014 n. 13-7414 e dell'art. 19 L. 07/08/1990 n. 241 e s.m.i.)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** (sempre necessario)

Cognome		Nome		Codice fiscale			
Data di nascita		Sesso	Cittadinanza				
Luogo di nascita		Provincia	Stato				
Residenza							
Comune		Provincia	CAP	Stato			
Indirizzo				Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax			
PEC (Domicilio elettronico)			Email				
Cittadino							
<input type="radio"/> Comunitario		<input type="radio"/> Non comunitario		<input type="radio"/> Non comunitario e residente all'estero			
Permesso di soggiorno / carta di soggiorno n.		Rilasciato da		Data di rilascio			
Motivo del soggiorno				Valido fino al			
Estremi raccomandata				Rinnovato il			

**PER CONTO DELLA DITTA O SOCIETA'** (eventuale)

In qualità di							
Denominazione o ragione sociale		Codice fiscale		Partita iva			
Sede legale/sociale							
Comune		Provincia	CAP	Stato			
Indirizzo				Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax			
Posta Elettronica Certificata (PEC)			Email				

N. di iscrizione al R.I.	CCIAA di	Data
N. di iscrizione al R.E.A.	CCIAA di	Data
Estremi dell'atto costitutivo		

Si rammenta che la segnalazione è relativa ad una attività funebre che comprende e assicura, in forma congiunta, le seguenti prestazioni e forniture:

1. disbrigo delle pratiche amministrative inerenti il decesso, su mandato dei familiari;
2. vendita di casse mortuarie e altri articoli funebri;
3. trasferimento durante il periodo di osservazione e trasporto di cadavere, di ceneri e di resti mortali.

### SEGNALA

<input type="radio"/>	A - NUOVA APERTURA
<input type="radio"/>	B - APERTURA PER SUBINGRESSO

di cui alla		
Procedimento	Protocollo num.	Data
<input type="radio"/> SCIA - Segnalazione certificata inizio attività		
<input type="radio"/> DIA - Denuncia inizio attività		
<input type="radio"/> Presa d'atto		
<input type="radio"/> Autorizzazione		
<input type="radio"/>		

### SEZIONE A - NUOVA APERTURA

#### Localizzazione dell'esercizio

sede dell'attività sita in					
Comune				CAP	
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno

#### censito al catasto

Fabbricati	Sezione	Foglio	Mappale	Subalterno
<input type="checkbox"/>	- ▼			
Terreni	Sezione	Foglio	Mappale	
<input type="checkbox"/>	- ▼			

Superficie
m <sup>2</sup>

## SEZIONE B - APERTURA PER SUBINGRESSO

(Si rammenta che i contratti di trasferimento di proprietà o i contratti di godimento di un'azienda commerciale sono rogati o autenticati da un notaio)

### Localizzazione dell'esercizio

locali attività siti in				
Comune				CAP
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)				Interno
Num. civico	Scala	Piano		

censito al catasto				
<input type="checkbox"/> Fabbricati	Sezione	Foglio	Mappale	Subalterno
	-	▼		

<input type="checkbox"/> Terreni	Sezione	Foglio	Mappale	
	-	▼		

Superficie
m <sup>2</sup>

### subentra all'impresa

Denominazione o ragione sociale	Partita iva	Codice fiscale

Sede legale			
Comune	Provincia	CAP	Stato

Indirizzo	Civico

Titolare di		Protocollo num.	Data
<input type="radio"/>	Autorizzazione		
<input type="radio"/>	DIA/SCIA		

### a seguito di

<input type="radio"/>	trasferimento in proprietà dell'azienda/ramo d'azienda	
<input type="radio"/>	trasferimento in gestione dell'azienda/ramo d'azienda	
<input type="radio"/>	trasferimento in subaffitto dell'azienda/ramo d'azienda	
<input type="radio"/>	successione nell'azienda/ramo d'azienda	
<input type="radio"/>	donazione dell'azienda/ramo d'azienda	
<input type="radio"/>	fallimento dell'azienda/ramo d'azienda	
<input type="radio"/>	fusione dell'azienda/ramo d'azienda	
<input type="radio"/>	consolidamento in ditta individuale	
<input type="radio"/>	rientro in possesso	
<input type="radio"/>	con contestuale ripresa della gestione	Data inizio
<input type="radio"/>	con contestuale cessione	
<input type="radio"/>	con contestuale cessazione definitiva	
<input type="radio"/>	con contestuale sospensione dell'attività	
<input type="radio"/>		

E  
L  
I  
M  
I  
S  
C  
A  
F

## DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e degli artt. 483,495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>che lo svolgimento della attività avviene in modo conforme alle disposizioni di legge, ed in particolare dichiara di esercitare l'attività nel rispetto delle seguenti prescrizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. usare un registro delle operazioni compiute, vidimato dalla autorità locale di pubblica sicurezza, sul quale riportare di seguito e senza spazi in bianco: il nome, il cognome, il domicilio del committente, la data e la natura della commissione, il premio pattuito, esatto o dovuto e l'esito delle operazioni</li><li>b. non compiere operazioni o accettare commissioni da persone non munite di documento d'identità e trascrivere gli estremi sul registro di pubblica sicurezza</li><li>c. non compiere operazioni diverse da quelle indicate nella predetta tabella né ricevere compensi maggiori di quelli indicati nella tariffa e comunicare ogni eventuale variazione al comune</li><li>d. conservare copia della documentazione relativa ai servizi prestati con l'indicazione dei dati anagrafici delle persone a cui si riferiscono</li><li>e. comunicare al comune ogni variazione dell'assetto societario o della ditta individuale</li><li>f. non pubblicare inserzioni di prodotti medicinali e di specialità farmaceutiche senza la prescritta autorizzazione prefettizia</li><li>g. la cessazione dell'attività sarà comunicata all'Ufficio Licenze di Pubblica Sicurezza (ovvero ad altro ufficio comunale svolgente analoga funzione)</li></ul>
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>che l'attività è a carattere</b>					
<input type="radio"/>	Permanente				
<input type="radio"/>	Stagionale				
	<table border="1"><tr><td>Data inizio</td><td>Data fine</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Data inizio	Data fine		
Data inizio	Data fine				
<b>e avrà inizio</b>					
<input type="radio"/>	dalla data di presentazione della presente segnalazione				
<input type="radio"/>	dalla data del _____ successiva alla data di presentazione della presente segnalazione, consapevole che i termini decorrono comunque dalla data di presentazione				

<b>in riferimento alla documentazione notarile relativa al subentro</b>			
<input type="radio"/>	che il subentro è stato effettuato con <input type="radio"/> atto pubblico <input type="radio"/> scrittura privata autenticata		
	<table border="1"><tr><td>Estremi</td></tr><tr><td></td></tr></table>	Estremi	
Estremi			
<input type="radio"/>	di allegare atto pubblico o scrittura privata		
<input type="radio"/>	di allegare certificazione notarile		
<input type="radio"/>	di allegare altra documentazione probante		

<input type="radio"/>	non è stata apportata alcuna modifica alla attività e si subentra a tutti i contratti e accordi in essere, compresi quelli relativi ai locali di esercizio della attività, alla autorimessa, al magazzino, ai mezzi funebri e al personale (operatori funebri - necrofori)
<input type="radio"/>	sono state apportate modifiche per le quali si presenta contestualmente la relativa SCIA di variazione

E  
L  
I  
M  
I  
S  
C  
A  
F

**Sede attività**

<input checked="" type="checkbox"/>	di avere la disponibilità continuativa di una sede idonea al conferimento degli incarichi e al disbrigo delle pratiche amministrative relative al decesso, alla vendita di casse mortuarie e di altri articoli funebri e ad ogni altra attività inerente al funerale, regolarmente aperta al pubblico
<input checked="" type="checkbox"/>	che presso ogni sede commerciale è esposto il prezzario di tutte le forniture e prestazioni rese, con la precisazione che il corrispettivo relativo alla parte del servizio funebre di competenza dell'impresa è attualmente esente da IVA, in conformità a quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, n. 27, del Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633 (Istituzione e disciplina dell'imposta sul valore aggiunto), e lo stesso deve essere esibito a chiunque richieda un preventivo per lo svolgimento del servizio funebre

Titolo di disponibilità del locale

 Proprietà     Affitto     Altro
**che il locale ove avrà sede l'attività è di proprietà di**

Cognome	Nome	Codice fiscale
Denominazione sociale		Partita iva

**Rappresentante dell'attività**

<input type="checkbox"/>	di nominare, ai sensi dell'art. 8 del T.U.L.P.S., un proprio rappresentante per la sede in oggetto, inquadrandolo secondo le normative di legge e nel rispetto del CCNL di categoria, che non ha incarico di rappresentante presso altre sedi e compila l'opportuno allegato
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Autorimessa**

<input type="radio"/>	di avere la disponibilità continuativa (a titolo di proprietà, affitto, o altro) di un'autorimessa attrezzata per la disinfezione e il ricovero di non meno di un mezzo funebre
<input type="radio"/>	che tale disponibilità viene acquisita attraverso consorzi o contratti di agenzia o di fornitura, di durata e contenuto idonei a garantire in via continuativa e funzionale l'espletamento di questa attività

**autorimessa sita in**

Comune				CAP	
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno

**censito al catasto**

Fabbricati	Sezione	Foglio	Mappale	Subalterno
<input type="checkbox"/>				
Terreni	Sezione	Foglio	Mappale	
<input type="checkbox"/>				

Superficie autorimessa

m<sup>2</sup>

Titolo di disponibilità dell'autorimessa

 Proprietà     Affitto     Altro

### Mezzo funebre

<input type="radio"/>	di avere la disponibilità continuativa di almeno un mezzo funebre in proprietà o contratto di leasing
<input type="radio"/>	che tale disponibilità viene acquisita attraverso consorzi o contratti di agenzia o di fornitura, di durata e contenuto idonei a garantire in via continuativa e funzionale l'espletamento di questa attività

Titolo di disponibilità dell/i mezzo/i funebre/i					
<input type="radio"/>	Proprietà	<input type="radio"/>	Leasing	<input type="radio"/>	Altro

### Magazzino

<input type="checkbox"/>	di avere la disponibilità di un magazzino (esposizione) di casse mortuarie e altri articoli funebri
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>magazzino sito in</b>				
Comune				CAP
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)				
Num. civico	Scala	Piano	Interno	

### censito al catasto

Fabbricati	Sezione	Foglio	Mappale	Subalterno
<input type="checkbox"/>				

Terreni	Sezione	Foglio	Mappale	
<input type="checkbox"/>				

Superficie magazzino
m <sup>2</sup>

Titolo di disponibilità del magazzino					
<input type="radio"/>	Proprietà	<input type="radio"/>	Affitto	<input type="radio"/>	Altro

### Personale

<input type="radio"/>	di avere la disponibilità di personale in possesso di sufficienti conoscenze teoriche-pratiche e dotazioni strumentali capaci di garantire il rispetto della legislazione a tutela della salute dei lavoratori <i>(in particolare, un responsabile dell'attività funebre, specie dello svolgimento delle pratiche amministrative e della trattazione degli affari, anche coincidente col titolare o legale rappresentante dell'impresa, coadiuvato da almeno quattro operatori funebri - necrofori con regolare contratto di lavoro, stipulato direttamente con il soggetto esercente l'impresa di attività funebre o con altro soggetto di cui questo si avvale in forza di un formale contratto, nel rispetto della normativa vigente in materia di mercato del lavoro. Il personale deve essere adeguatamente formato in conformità a quanto stabilito dalla legislazione regionale e dall'art. 4 Reg. Regionale di cui al D.P.G.R. 8/08/2012 n. 7/R)</i>
<input type="radio"/>	che la disponibilità del personale (operatori funebri - necrofori) viene acquisita attraverso consorzi o contratti di agenzia o di fornitura, di durata e contenuto idonei a garantire in via continuativa e funzionale l'espletamento di questa attività

### Operatori funebri - Necrofori

*(Nel caso in cui gli operatori siano dipendenti (non compilare se la disponibilità del personale viene acquisita attraverso consorzi o contratti di agenzia o di fornitura))*

<input type="checkbox"/>	di essere a conoscenza che il personale deve possedere adeguata formazione professionale, cioè
<input type="radio"/>	avere esercitato nei cinque anni antecedenti l'entrata in vigore del Reg. Regionale 8/08/2012 n. 7/R (10 agosto 2012), l'attività di impresa funebre in qualità di: Ditta individuale o Legale o Rappresentante della Società o Socio o Addetto allo svolgimento dell'attività funebre
<input type="radio"/>	avere frequentato un corso di formazione per il personale delle imprese che esercitano l'attività funebre ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente presso un ente accreditato

**Responsabile dell'attività funebre**

<input type="radio"/>	Titolare dell'impresa / Legale rappresentante della società
<input type="radio"/>	Preposto nominato per la sede in oggetto, inquadrato secondo le normative di legge e nel rispetto del CCNL di categoria, che compila l'opportuno allegato
<input type="radio"/>	Non richiesto

**Rispetto della normativa sulla privacy**

<input checked="" type="checkbox"/>	di aver letto e sottoscritto la sezione <i>Informativa privacy</i>
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

**Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni**

--

**QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE****IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE**

<input checked="" type="checkbox"/>	che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 06/09/2011 n. 159 (codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli artt. 1 e 2 della L. 13/08/2010 n. 136 e s.m.i.)				
<input checked="" type="checkbox"/>	di non trovarsi nelle condizioni e/o cause ostative di cui agli artt. 11 e 131 T.U.L.L.P.S.				
<input checked="" type="checkbox"/>	di non avere riportato condanna definitiva per il reato di cui all'art. 513bis del codice penale				
<input checked="" type="checkbox"/>	di non avere riportato condanna definitiva per reati non colposi, a pena detentiva superiore a due anni				
<input checked="" type="checkbox"/>	di non avere riportato condanna definitiva per reati contro la fede pubblica, contro la pubblica amministrazione e contro il patrimonio				
<input checked="" type="checkbox"/>	di non aver riportato condanna alla pena accessoria dell'interdizione dall'esercizio di una professione o di un'arte o dell'interdizione dagli uffici direttivi delle imprese, salvo quando sia intervenuta la riabilitazione				
<input checked="" type="checkbox"/>	di non aver riportato contravvenzioni accertate per violazioni di norme in materia di lavoro, di previdenza, di assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di prevenzione della sicurezza nei luoghi di lavoro, non conciliabili in via amministrativa				
<input checked="" type="checkbox"/>	di non essere stato cancellato dal registro delle imprese della camera di commercio competente				
<input type="checkbox"/>	di essere stato dichiarato fallito con la chiusura del fallimento in <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">Data</td> <td>Tribunale</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Data	Tribunale		
Data	Tribunale				

E  
L  
I  
M  
I  
S  
C  
A  
F

**Requisiti professionali responsabile attività**

<input type="checkbox"/>	in riferimento ai requisiti professionali																																																																																										
<input type="radio"/>	di avere esercitato nei cinque anni antecedenti l'entrata in vigore del Reg. Regionale 8/08/2012 n. 7/R, l'attività di impresa funebre in qualità di <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Ditta individuale</td></tr> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Legale rappresentante della Società</td></tr> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Socio</td></tr> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Addetto allo svolgimento dell'attività funebre</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td colspan="5">Num. di posizione INPS</td></tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr><td colspan="5">Nome impresa</td></tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr><td colspan="5">Sede dell'impresa</td></tr> <tr> <td colspan="3">Comune</td> <td>Provincia</td> <td>CAP</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr> <td colspan="2">Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)</td> <td>Num. civico</td> <td>Scala</td> <td>Piano</td> <td>Interno</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr> <td colspan="2">Data inizio</td> <td colspan="3">Data fine</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr><td colspan="5">Sede dell'esercizio</td></tr> <tr> <td colspan="3">Comune</td> <td>Provincia</td> <td>CAP</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr> <td colspan="2">Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)</td> <td>Num. civico</td> <td>Scala</td> <td>Piano</td> <td>Interno</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Ditta individuale	<input type="checkbox"/>	Legale rappresentante della Società	<input type="checkbox"/>	Socio	<input type="checkbox"/>	Addetto allo svolgimento dell'attività funebre	Num. di posizione INPS										Nome impresa										Sede dell'impresa					Comune			Provincia	CAP						Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno						Data inizio		Data fine								Sede dell'esercizio					Comune			Provincia	CAP						Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno					
<input type="checkbox"/>	Ditta individuale																																																																																										
<input type="checkbox"/>	Legale rappresentante della Società																																																																																										
<input type="checkbox"/>	Socio																																																																																										
<input type="checkbox"/>	Addetto allo svolgimento dell'attività funebre																																																																																										
Num. di posizione INPS																																																																																											
Nome impresa																																																																																											
Sede dell'impresa																																																																																											
Comune			Provincia	CAP																																																																																							
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno																																																																																						
Data inizio		Data fine																																																																																									
Sede dell'esercizio																																																																																											
Comune			Provincia	CAP																																																																																							
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno																																																																																						
<input type="radio"/>	avere frequentato un corso di formazione per il personale delle imprese che esercitano l'attività funebre ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente presso un Ente accreditato <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td colspan="5">Ente</td></tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr> <td colspan="3">Comune</td> <td>Provincia</td> <td>CAP</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr> <td colspan="2">Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)</td> <td>Num. civico</td> <td>Scala</td> <td>Piano</td> <td>Interno</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr><td colspan="5">Denominazione del corso/qualifica</td></tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr><td colspan="5">Tipo di qualifica</td></tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr> <td colspan="4">Durata del corso</td> <td>Numero ore</td> </tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> <tr><td colspan="5">Data in cui ha sostenuto e superato l'esame di verifica finale</td></tr> <tr><td colspan="5"> </td></tr> </table>	Ente										Comune			Provincia	CAP						Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno						Denominazione del corso/qualifica										Tipo di qualifica										Durata del corso				Numero ore						Data in cui ha sostenuto e superato l'esame di verifica finale																												
Ente																																																																																											
Comune			Provincia	CAP																																																																																							
Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno																																																																																						
Denominazione del corso/qualifica																																																																																											
Tipo di qualifica																																																																																											
Durata del corso				Numero ore																																																																																							
Data in cui ha sostenuto e superato l'esame di verifica finale																																																																																											

<input type="checkbox"/>	di non svolgere la funzione di responsabile dell'attività funebre presso altre sedi
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

**Requisiti professionali preposto responsabile attività**

<input type="radio"/>	che il preposto è in possesso dei requisiti professionali avendo esercitato nei cinque anni antecedenti l'entrata in vigore del Reg. Regionale 8/08/2012 n. 7/R (10 agosto 2012), l'attività di impresa funebre in qualità di: Ditta individuale o Legale o Rappresentante della Società o Socio o Addetto allo svolgimento dell'attività funebre
<input type="radio"/>	che il preposto è in possesso dei requisiti professionali avendo frequentato un corso di formazione per il personale delle imprese che esercitano l'attività funebre ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente presso un Ente accreditato
<input type="checkbox"/>	che il preposto non ha incarico di preposto responsabile presso altre sedi

E  
L  
I  
M  
I  
S  
C  
A  
F



**ALLEGATI****In caso di subingresso**

Allegato	
<input type="checkbox"/>	Atto pubblico o scrittura privata autenticata .....
<input type="checkbox"/>	Certificazione notarile .....
<input type="checkbox"/>	Altra documentazione probante il subentro .....

**Altri allegati**

Allegato							
<input type="checkbox"/>	0621 - Dichiarazione del preposto / responsabile dell'attività di servizi funebri						
<input type="checkbox"/>	0622 - Dichiarazione del rappresentante dell'attività di servizi funebri						
<input type="checkbox"/>	0869 - Dichiarazioni di altre persone (amministratori, soci) indicate all'art. 85 - commi 2, 2-bis, 2-ter, 2-quater - D.Lgs. 06/09/2011 n. 159 (requisiti morali)						
<input type="checkbox"/>	0070 - Procura speciale / Delega						
<input type="checkbox"/>	Attestazione pagamento diritti suap (se richiesto) .....						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data pagamento</th> <th>Importo €</th> <th>Quietanza n°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Data pagamento	Importo €	Quietanza n°			
Data pagamento	Importo €	Quietanza n°					
<input checked="" type="checkbox"/>	Registro/Giornale degli affari per la vidimazione .....						
<input checked="" type="checkbox"/>	Tabella delle operazioni e delle tariffe in duplice copia (di cui una in bollo) .....						
<input checked="" type="checkbox"/>	Titolo di disponibilità dei locali adibiti a disbrigo pratiche e vendita .....						
<input type="checkbox"/>	Titolo di disponibilità dell'autorimessa .....						
<input type="checkbox"/>	Accordo, contratto o altro titolo di disponibilità dell'autorimessa (in caso di disponibilità acquisita attraverso consorzi o contratti di agenzia o di fornitura) .....						
<input type="checkbox"/>	Titolo di disponibilità del/dei mezzo/i funebre/i .....						
<input type="checkbox"/>	Accordo, contratto o altro titolo di disponibilità del/dei mezzo/i funebre/i (in caso di disponibilità acquisita attraverso consorzi o contratti di agenzia o di fornitura) .....						
<input type="checkbox"/>	Accordo, contratto o altro titolo di disponibilità del personale (operatori funebri - necrofori) (in caso di disponibilità acquisita attraverso consorzi o contratti di agenzia o di fornitura) .....						
<input type="checkbox"/>	Altri allegati .....						

E  
L  
I  
M  
I  
S  
C  
A  
F

## INFORMATIVA SULLA PRIVACY

(art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196)

Ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali si forniscono le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento
I dati personali dichiarati saranno utilizzati dagli uffici nell'abito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Modalità
Il trattamento avverrà sia con strumenti cartacei sia su supporti informatici a disposizione degli uffici.
Ambito di comunicazione
I dati verranno comunicati a terzi ai sensi della L. 7/08/1990 n. 241, ove applicabile, e in caso di verifiche ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
Diritti
Il sottoscrittore può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, rivolgendo le richieste allo Sportello Unico.
Titolare Sportello Unico di:

E

L

I

M

I

S

C

A

F