

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

**COMUNICAZIONE PER DICHIARAZIONE REQUISITI
O DICHIARAZIONE PERMANENZA DEI REQUISITI
PER ATTIVITA' DI SERVIZI FUNEBRI
(SEDE SECONDARIA LOCALIZZATA IN ALTRO COMUNE
RISPETTO ALLA SEDE PRINCIPALE)**

(Ai sensi e per gli effetti dell'art. 115 T.U.L.P.S., degli artt. 3, 5 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, e ai sensi della D.G.R. 13/01/2014 n. 13-7414)

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			

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

Si rammenta che la comunicazione 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.

COMUNICA

relativamente ad una attività di servizi funebri	
<input type="radio"/>	DICHIARAZIONE REQUISITI SEDE SECONDARIA
<input type="radio"/>	DICHIARAZIONE PERMANENZA REQUISITI SEDE SECONDARIA

Localizzazione sede principale

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

Localizzazione sede secondaria

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

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

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

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
<input type="radio"/>	che per tale disponibilità si fa riferimento/riguardo alla autorimessa della sede principale

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"/>				

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
<input type="radio"/>	che per tale disponibilità si fa riferimento/riguardo al/ai mezzo/i funebre/i disponibili in capo alla sede principale

Magazzino

<input type="radio"/>	di avere la disponibilità di un magazzino (esposizione) di casse mortuarie e altri articoli funebri
<input type="radio"/>	che per tale disponibilità si fa riferimento/riguardo al magazzino disponibile in capo alla sede principale
<input type="radio"/>	di non avere la disponibilità di un magazzino di casse mortuarie e altri articoli funebri

magazzino sito 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"/>				

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
<input type="radio"/>	che per la disponibilità del personale (operatori funebri - necrofori) si fa riferimento/riguardo alla sede principale, ed in particolare
<input type="radio"/>	al personale dipendente presso la sede principale
<input type="radio"/>	al personale disponibile tramite consorzi o contratti di agenzia e forniture in capo alla sede principale

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 regolamento regionale 8 agosto 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 style="width: 80%;">Tribunale</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Data	Tribunale		
Data	Tribunale				

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%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> <td>Ditta individuale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Legale rappresentante della Società</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Socio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Addetto allo svolgimento dell'attività funebre</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																																				
<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																																												
	<table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td colspan="4">Num. di posizione INPS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nome impresa</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sede dell'impresa</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Comune</td> <td>Provincia</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)</td> <td>Num. civico</td> <td>Scala</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Piano</td> <td>Interno</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data inizio</td> <td colspan="2">Data fine</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sede dell'esercizio</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Comune</td> <td>Provincia</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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				
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				
	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 regolamento regionale 8 agosto 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
--------------------------	--

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"/>	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 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) <i>(in caso di disponibilità acquisita attraverso consorzi o contratti di agenzia o di fornitura)</i>
<input type="checkbox"/>	Altri allegati

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