

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

## COMUNICAZIONE PER DICHIARAZIONE REQUISITI O DICHIARAZIONE PERMANENZA DEI REQUISITI PER ATTIVITA' DI SERVIZI FUNEBRI (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 SOCIETÀ** (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"/> Presa 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 PRINCIPALE
<input type="radio"/>	DICHIARAZIONE PERMANENZA REQUISITI SEDE PRINCIPALE

### Localizzazione sede principale

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 prezziario 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="radio"/>	di non avvalersi, per la sede di cui alla presente comunicazione, di rappresentante dell'attività funebre e di non svolgere tale funzione presso altre sedi
<input type="radio"/>	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.)				Interno
Num. civico	Scala	Piano		

**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/risguardo al/ai mezzo/i funebre/i disponibili in capo alla sede principale

**Magazzino**

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

**magazzino sito in**

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

**censito al catasto**

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



<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"> <tr> <td>Data</td> <td>Tribunale</td> </tr> <tr> <td></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"> <tr> <td><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"> <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="3"></td> <td></td> <td></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="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data inizio</td> <td colspan="3">Data fine</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></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="3"></td> <td></td> <td></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="2"></td> <td></td> <td></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						Indirizzo (Via, Viale, Piazza, ecc.)		Num. civico	Scala	Piano	Interno						
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"> <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="3"></td> <td></td> <td></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="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></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="4"></td> <td></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
--------------------------	---

E  
L  
M  
S  
C  
A  
F

**Requisiti professionali preposto responsabile attività**

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

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

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) (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