

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

## COMUNICAZIONE DI VARIAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

**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"/>		

<b>relativamente ad una attività di</b>
<input type="radio"/> Servizi funebri

#### Localizzazione dell'esercizio

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

<input type="checkbox"/> attività gestita da società
<b>Variazione definita con</b>
<input type="radio"/> verbale
<input type="radio"/> delibera societaria del Consiglio o Assemblea
<input type="radio"/> altro
<b>Data</b>

<b>Decorrenza</b>

### COMUNICA

la variazione del legale rappresentante

*(Da compilare solo se il modulo è presentato dal Procuratore)*

In data _____ è stato nominato Legale Rappresentante il Sig./Sig.ra							
Cognome		Nome			Codice fiscale		
Data di nascita	Sesso	Cittadinanza					
	- ▼						
Luogo di nascita		Provincia	Stato				
<b>Residenza</b>							
Comune		Provincia	CAP	Stato			
Indirizzo				Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare			Fax		
PEC (Domicilio elettronico)				Email			

## 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"/>	di impegnarsi a comunicare tempestivamente, e comunque entro i termini richiesti dalla normativa vigente e dai regolamenti comunali, ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato nella presente
-------------------------------------	---

<b>in riferimento alla documentazione notarile, se presente</b>			
<input type="checkbox"/>	che la variazione è stata effettuata con <input type="radio"/> atto pubblico <input type="radio"/> scrittura privata autenticata <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Estremi</td></tr><tr><td> </td></tr></table>	Estremi	
Estremi			
<input type="checkbox"/>	di allegare atto pubblico o scrittura privata		
<input type="checkbox"/>	di allegare certificazione notarile		

<input type="checkbox"/>	che il responsabile della attività funebre in possesso dei requisiti professionali non subisce variazioni
<input type="checkbox"/>	che il responsabile della attività funebre in possesso dei requisiti professionali viene cambiato, per cui si presenta contestualmente la relativa modulistica di variazione del preposto in possesso dei requisiti professionali

<input type="checkbox"/>	che non è presente la figura del rappresentante
<input type="checkbox"/>	che il rappresentante non subisce variazioni ( <i>se esistente</i> )
<input type="checkbox"/>	che il rappresentante viene cambiato, per cui si presenta contestualmente la relativa modulistica di variazione del rappresentante ( <i>se esistente</i> )

#### Rispetto della normativa sulla privacy

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

<b>Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni</b>	

### QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE



### IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE

<input checked="" type="checkbox"/>	di essere in possesso dei requisiti morali previsti (vedi "Maggiori Info Requisiti Morali Onoranze Funebri")
<input checked="" type="checkbox"/>	di non trovarsi nelle condizioni e/o cause ostative di cui agli art.11, 131 T.U.L.P.S.
<input checked="" type="checkbox"/>	che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159 del 06/09/2011 (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 legge 13/08/2010 n. 136 e s.m.i.)

**ALLEGATI****In caso di società**

<input type="checkbox"/>	Allegato
<input type="checkbox"/>	Verbale/Delibera societaria del Consiglio o Assemblea che ha definito l'oggetto della segnalazione

**Altri allegati**

<input type="checkbox"/>	Allegato						
<input type="checkbox"/>	 1337 - Dichiarazione del legale rappresentante nominato per attività di servizi funebri (nei casi in cui il modulo è presentato dal Procuratore della Società)						
<input type="checkbox"/>	 0070 - Procura speciale / Delega						
<input type="checkbox"/>	Attestazione pagamento diritti suap (se richiesti)						
	<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"/>	Atto pubblico o scrittura privata autenticata						
<input type="checkbox"/>	Certificazione notarile						
<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:

<b>Finalità del trattamento</b>
I dati personali dichiarati saranno utilizzati dagli uffici nell'abito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
<b>Modalità</b>
Il trattamento avverrà sia con strumenti cartacei sia su supporti informatici a disposizione degli uffici.
<b>Ambito di comunicazione</b>
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.
<b>Diritti</b>
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.
<b>Titolare Sportello Unico di:</b>