

Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

Segnalazione certificata di variazione/cessazione per struttura veterinaria

Ai sensi dell'articolo 68 e dell'articolo 69 del Regio decreto 18/06/1931, n. 773

Il sottosc	ritto									
Cognome			Nome			Codice Fis	cale			
Data di nascita	a	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinan	ıza			
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellu	lare Telefono fiss	50	Posta elettronica ordinaria			Posta elet	tronica cert	ificata		
in qualità	di (questa sezione deve	essere compil	ata se il dichiarante non è u	na persona fis	ica)					
Ruolo										
						A				
Denominazion	ne/Ragione sociale					Tipologia				
			Y .							
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale				Partita IVA						
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elet	tronica cert	ificata		
					_					
					5				\mathcal{A}	
d ! -!!!	-! 4-11!	!!!								
			ative al procediment	.0						
	comma 4-quinquies del Decre					ata al annua		di nasta ala	*****	- autificat
II SOTTOSCRITTO	cniede che le comunicazion	i relative al pro	ocedimento trasmesse dall'A	mministrazion	e vengano invi	ate ai segue	nte indirizzo	o di posta ele	ettronica	certificata
in uni!:										
	e all'attività di									
Classificazione Studio	o veterinario									
_	llatorio veterinario									
	a veterinaria – casa	di cura vot	orinaria					_		
		ui cui a vel	eiiidid							
	dale veterinario	!: '								
∪ labora	atorio veterinario di	analisi								

con sec	le operativa in									
(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)										
P.T. o U.I.U		Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
	mobili oggetto del prod				etto del procedi	imento")				
il proce	dimento riguarda	1	ulteriori	immobili						
Agibilità de	i locali				Protocollo			Data		
Insegna										
				SE	GNALA					
la variazione dell'attività, riguardante:										
C cambiamento di ragione sociale										
O modifica dei soggetti titolari dei requisiti										
modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)										
modifica del direttore sanitario										
O sospensione o ripresa dell'attività										
C cessazione dell'attività										
in precedenza autorizzato tramite										
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, nonchè 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, licenze di pubblico spettacolo, 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 essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologi e organizzativi minimi di cui alla Deliberazione della Giunta regionale 15/05/2006, n. 22

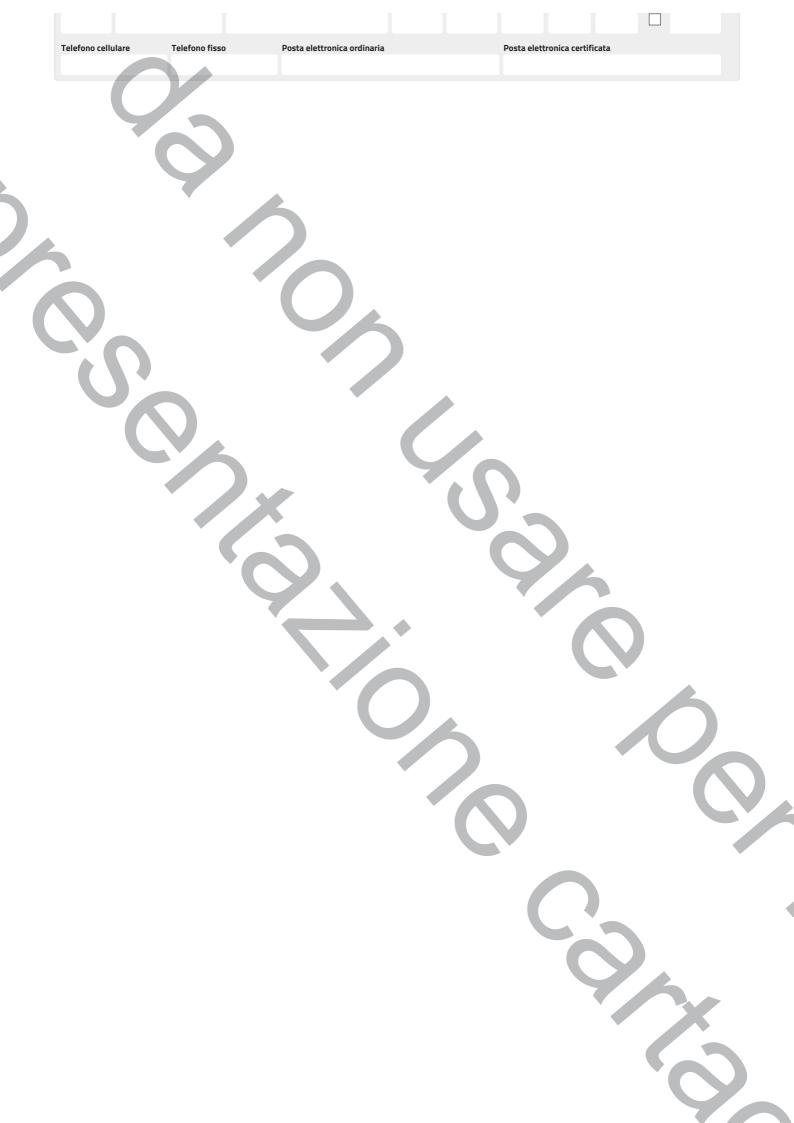
dell'articolo 2 del l	Decreto del Presid	ente della Repubbli	ca 03/06/1998, n. 2	252	
l'esercizio dell'atti	vità			razione di posses	so dei requisiti morali per
(compilare il modello "al	utocertificazione dei req	uisiti morali di altri sogget	ti")		
CESSAZIONE DELL'AT	TIVITÀ				
Motivazione					
A far tempo dal giorno A s	seguito delle cessazioni ir	idicate, nella suddetta sede	e operativa		
SOSPENSIONE O RIPE	DECA DELL'ATTIVI	rà de la companya de			
Tipo istanza	RESA DELL ATTIVI	IA			
O l'attività verrà sos	pesa				
Data inizio sospensione			Data fine sospensio	ne	
Motivazione					
				•	
O l'attività preceden	temente sospesa	verrà ripresa			
Data inizio sospensione			Data ripresa		
CAMBIO DELLA RAGIO	NE SOCIALE				
Precedente ragione sociale					
Nuova ragione sociale					
140015161 051 60665					
MODIFICA DEI SOGGE Soggetti che cessano la titolarit		REQUISITI			
Cognome	a del requisiti	Nome		Codice fiscale	
Nuovi soggetti titolari dei requi: Cognome	siti morali (*)	Nome		Codice fiscale	
(*) ciascuno dei soggetti indico	ati deve compilare e sot	toscrivere la relativa autor	certificazione di possesso	dei requisiti morali.	
. ,	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		, , роззело		
direttore sanitario					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	7A
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza Provincia					

O unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi

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



referente per la pratica							
Cognome		Nome	Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza				
Telefono cellulare Te	elefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata				
		Elenco degli allegati					
	(barrare tutti gli a	llegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed d	elencati sul portale)				
☐ n°	autocertificazione (dei requisiti morali di altri soggetti					
dichiarazione di a	accettazione dell'in	carico del direttore sanitario					
certificato di iscri	izione all'albo profe	essionale del direttore sanitario (in alterna	tiva autocertificazione)				
ricevuta dei diritti	di segreteria/istru	ttoria					
(da allegare se previsti)							
ulteriori immobili	oggetto del proced	limento					
copia del permess (da allegare in caso di c	so di soggiorno ittadino extracomunitari	p)					
copia dell'atto not	tarile con il quale è	stata conferita la procura					
altri allegati							
	Inf	ormativa sul trattamento dei dati person	nali				
(ai s		munitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Leg					
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.							
presentazione dei	na pratica.						