1	**ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)**				
	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo	Num. Prot
			☐fax ☐a mano ☐posta ☐via telematica		
	NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA				

Al SUAP del Comune di ……

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (*Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445*)

TRASMETTE COMUNICAZIONE RELATIVA A:

0	**Codice**	**Nome attività**	**Oggetto**
		☐ Studio veterinario con accesso di animali ☐ ambulatorio veterinario ☐ clinica – casa di cura veterinaria ☐ ospedale veterinario ☐ laboratorio veterinario di analisi	☐ VARIAZIONE RAGIONE O DENOMINAZIONE SOCIALE *(Pag. 3)* ☐ TRASFORMAZIONI SOCIETARIE *(Pag.4)* ☐ VARIAZIONE DEL SOGGETTO IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI *(Pag. 5)*

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 CHE:

A1	**DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE**			
	Cognome	Nome		
	Nato a	Prov.	Il	
	Residente in	Prov.	CAP	
	Via/piazza		n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A2	**IN QUALITA' DI**			
	☐ Legale rappresentante			
A3	**DELLA**			
	Forma giuridica *	Denomin.		
	Sede legale nel Comune di		Provincia	
	Via/piaz.	N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di	N. iscrizione registro		
	Partita IVA	Codice Fiscale		
	Note: ** SNC, SAS, SPA, SRL, etc.;*			

B	**INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI**			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telef	Cell.	Fax

VARIAZIONE DELLA RAGIONE O DELLA DENOMINAZIONE SOCIALE

C1	**DATI RIFERITI ALL'ATTIVITA' INTERESSATI DALLA VARIAZIONE**			
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno	
	Comune	Prov.	CAP	
C2	Titolare di: ☐ AUTORIZZAZIONE N. _____DEL _____PROTOCOLLO _____			
C3	Titolare di: ☐ DIA DEL _____PROTOCOLLO _____			

E	**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'**
	per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. ___ del ____e registrato a _____il ____la Ragione Sociale (per le S.N.C. e le S.A.S.) o la Denominazione Sociale (per le S.P.A. le S.A.P.A. le S.R.L. e Società Cooperative) della Società indicata nel quadro A3 è variata Da _____ a _____

TRASFORMAZIONI SOCIETARIE[1]

C1	**DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA' INTERESSATI DALLA VARIAZIONE**		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	denominazione dell'insegna di esercizio (se presente) _____		
C2	Titolare di: ☐ AUTORIZZAZIONE N. _____DEL _____PROTOCOLLO _____		
C3	Titolare di: ☐ DIA DEL _____PROTOCOLLO _____		

E	**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'**
	per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. ___ del ____e registrato a _____il ____ Società indicata nel quadro A3 si è trasformata Da _____ a _____

1) La presente sezione deve essere compilata in caso di mutamento della tipologia della società (ad es. da S.N.C. a S.A.S. o a S.R.L. e S.P.A.] od in caso di fusione e scissione della società senza trasferimento di azienda

VARIAZIONE DEL SOGGETTO IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

C1	**DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA' INTERESSATI DALLA VARIAZIONE**		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	denominazione dell'insegna di esercizio (se presente) _____ (N.B. *compilare il presente quadro* ***per tutte le attività in sede fissa*** *e cioè esercizi di vicinato, medie e grandi strutture di vendita; punti esclusivi e non esclusivi di vendita di quotidiani e periodici, esercizi di somministrazione di alimenti e bevande, spacci interni*)		
C2	Titolare di: ☐ AUTORIZZAZIONE N. _____DEL _____PROTOCOLLO _____ *(N.B. riportare gli estremi dell'autorizzazione rilasciata in caso di* ***media o grande struttura di vendita; punti esclusivi e non esclusivi di vendita di quotidiani e periodici, commercio su aree pubbliche con posteggio****)*		
C3	Titolare di: ☐ DIA DEL _____PROTOCOLLO _____ (*N.B. riportare gli estremi della dichiarazione di inizio di attività in caso di* ***esercizio di vicinato, attività di commercio su aree pubbliche in forma itinerante, esercizi di somministrazione , spacci interni, commercio al dettaglio per corrispondenza, vendita tramite apparecchi automatici, vendita al domicilio dei consumatori****)*		

E	**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'**		
E1	è avvenuta la variazione del soggetto in possesso dei requisiti professionali prescritti per l'esercizio dell'attività nel settore alimentare o per l'esercizio dell'attività di somministrazione; pertanto a far data dalla presentazione della presente comunicazione, il soggetto in possesso dei requisiti professionali è:		
	Cognome	Nome	
	Nato a	Prov.	Il
	Residente in	Prov.	CAP
	Via/piazza		n.
	Codice fiscale		
	già investito della carica di legale rappresentante della società di cui al quadro A3, che allega alla presente la dichiarazione circa il possesso dei requisiti di onorabilità e professionali di cui all'art.13 e 14 della l.r. 7.2.2005 n. 28 di cui agli allegati 1 e 2		
E2	a far data dalla presentazione della presente comunicazione, il soggetto specificamente preposto all'attività commerciale è:		
	Cognome	Nome	
	Nato a	Prov.	Il
	Residente in	Prov.	CAP
	Via/piazza		n.
	Codice fiscale		
	che allega alla presente la dichiarazione circa il possesso dei requisiti di onorabilità e professionali di cui all'art.13 e 14 della l.r. 7.2.2005 n. 28 di cui agli allegati 1 e 2. *(n.b. da compilare in caso di mutamento del preposto all'attività commerciale o di somministrazione)*		
E3	Si precisa che il soggetto sopra indicato, si sostituisce a:		
	Cognome	Nome	
	Nato a	Prov.	Il
	Residente in	Prov.	CAP
	Via/piazza		n.
	Codice fiscale		
	originariamente individuato come soggetto specificamente preposto all'attività commerciale o di somministrazione , ai sensi dell'art. 14, 6°c, l.r. 7.2.2005 n. 28.		

F	**COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO**			
	☐ di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		☐ di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	** Specificare il motivo del rilascio*			
G	**TRATTAMENTO DATI PERSONALI**			
	☐ di essere informato ai sensi del **D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196**: - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge			

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

.....

.....

** Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica*

Allegati:

1. **Elenco dei soggetti cessati dalla carica di Legale Rappresentante della società (allegato 3).**
2. **Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse**

ALLEGATO 3 **Elenco dei soggetti cessati dalla carica di Legale Rappresentante della società**

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)		
Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza		n.
Codice fiscale (16 caratteri)		

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)		
Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza		n.
Codice fiscale (16 caratteri)		

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)		
Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza		n.
Codice fiscale (16 caratteri)		

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)		
Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza		n.
Codice fiscale (16 caratteri)		

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)		
Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza		n.
Codice fiscale (16 caratteri)		

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)		
Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza		n.
Codice fiscale (16 caratteri)		

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

.....

.....

***** *Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica*