



MODULISTICA  
REGIONALE UNIFICATA  
**MODELLO B**

Spazio per  
apposizione  
protocollo



COMUNE DI  
CEDEGOLO

**DICHIARAZIONE SUBINGRESSO / CESSAZIONE / SOSPENSIONE E  
RIPRESA / CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE**

Al Comune di CEDEGOLO

Ai sensi delle L.R. 1/2007 e 8/2007 e delle DGR 4502/2007 e 6919/2008

| 0 | 1 | 7 | 0 | 4 | 7 |

Codice ISTAT Comune  
A cura degli Uffici Comunali

**Il/la sottoscritto/a**

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- Titolare**  **Curatore fallimentare**  
 **Legale rappresentante**  **Erede o avente causa**  
 **Altro** \_\_\_\_\_

**dell'Impresa/Azienda/Ente**

Denominazione o ragione sociale: \_\_\_\_\_

Ditta individuale  SNC  SAPA  SAS  SRL  SURL  SPA

Ente pubblico  Società Cooperativa  SS  Altro \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA (se diversa da C.F.) \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_

Iscritto al R.E.A. al n° \_\_\_\_\_

Non tenuto all'iscrizione in quanto Ente o altra struttura  In attesa di iscrizione al R.E.A.

Posizione INAIL \_\_\_\_\_

CODICE INAIL Impresa \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Imprenditori Agricoli Professionali al n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Imprese Artigiane al n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000  
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**

**DICHIARA**

- Il subingresso  La sospensione / ripresa dell'attività  
 La cessazione dell'attività  Il cambiamento di ragione sociale

**Il/la sottoscritto/a DICHIARA****SUBINGRESSO A:**Denominazione o ragione sociale: \_\_\_\_\_ **B1**

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

a far tempo dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nell'attività con sede operativa in:

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

- a seguito di:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> compravendita                 | <input type="checkbox"/> affitto di azienda               |
| <input type="checkbox"/> donazione                     | <input type="checkbox"/> cessazione di affitto di azienda |
| <input type="checkbox"/> successione per atto tra vivi | <input type="checkbox"/> successione mortis causa         |
| <input type="checkbox"/> fusione di azienda            | <input type="checkbox"/> altre cause (specificare sotto)  |

Il subingresso avviene:  nella titolarità  in gestione sino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**DICHIARA inoltre**

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune
- che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata / dichiarata
- che i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita DIAP (**MODELLO A**)
- che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (Autocertificazione Antimafia)
  - di essere in possesso dei requisiti morali e professionali (\*) necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto della presente dichiarazione
- in caso di attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande:
- che i requisiti morali sono posseduti da tutti i soggetti di cui all'art. 5 l.r. 30/2003
  - che i requisiti professionali sono posseduti da:  
 Titolare o legale rappresentante  Preposto o delegato dalla società

**(Compilare e allegare Scheda 2 per ciascun soggetto)****(\*) Per attività di servizi alla persona, compilare e allegare Scheda 3****SOSPENSIONE O RIPRESA DELL'ATTIVITÀ**L'attività con sede operativa in: \_\_\_\_\_ **B2**

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

 verrà **SOSPESA** fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

 precedentemente sospesa dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ verrà **RIPRESA** dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE**La denominazione o ragione sociale cambia \_\_\_\_\_ **B3**

dall'attuale: \_\_\_\_\_

alla nuova: \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune
- che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata / dichiarata
- che i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita DIAP (**MODELLO A**)

**CESSAZIONE ATTIVITÀ PER:** Trasferimento di proprietà o di gestione dell'impresa**B4** Chiusura definitiva dell'attività

a far tempo dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dell'attività con sede operativa in:

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ C.A.P. | | | | |

Per le sole attività di vendita al dettaglio in sede fissa ex art. 7 D.Lgs 114/98 e somministrazione ex art. 8 comma 4 L.R. 30/2003, segnalare i titoli autorizzativi delle attività cessate: commercio di vicinato autorizzazione n° prot. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ Ente \_\_\_\_ commercio in spacci interni COM n° prot. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ Ente \_\_\_\_ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ Ente \_\_\_\_ somministrazione alimenti e bevande autorizzazione n° prot. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ Ente \_\_\_\_ DIA (241/90) n° prot. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ Ente \_\_\_\_ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ Ente \_\_\_\_ intrattenimento ex art. 68  
Testo Unico Leggi  
Pubblica Sicurezza LICENZA P.S. n° prot. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ Ente \_\_\_\_ Intrattenimento ex art.  
69 Testo Unico Leggi  
Pubblica Sicurezza LICENZA P.S. n° prot. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ Ente \_\_\_\_

A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa:

 cessa completamente ogni attività rimangono in essere altre attività**N.B. IN ALLEGATO SI RICONSEGNANO N° \_\_\_\_ TITOLI AUTORIZZATIVI SOPRA INDICATI****ALLEGA**

- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ  
Ai fini della verifica dell'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

 SCHEDA 2 - Requisiti morali e professionali per le attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande  
(N° totale di schede allegate: \_\_\_\_) SCHEDA 3 - Attività di Servizi alla persona N° \_\_\_\_ TITOLI AUTORIZZATIVI per attività di vendita e somministrazione ALTRO: \_\_\_\_\_**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000  
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

Firma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**N.B. Per le attività di vendita, copia del presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio e una ulteriore copia va tenuta esposta in modo visibile al pubblico all'interno dell'esercizio.**