

**Amministrazione destinataria**

Comune di Amalfi

Ufficio destinatario

Servizio SUAP e Ambiente

Modello unico regionale per segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) sanitaria, comunicazione e riconoscimento per linee d'attività inerenti la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria non ricompresi negli accordi Stato-Regioni vigenti

Richiesta di approvazione progetto relativo alla modifica significativa dello stato dei luoghi in uno stabilimento già riconosciuto

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo			
Denominazione/Ragione sociale		Tipologia	
Sede legale			
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico
			Barrato
			Interno
			Scala
			Piano
			SNC
			CAP
Codice Fiscale	Partita IVA		
Telefono	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata**

--

CHIEDE

l'approvazione del progetto relativo alla modifica significativa dello stato dei luoghi nello stabilimento

nel Comune di

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							☐
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")
il procedimento riguarda _____ ulteriori immobili

la cui attività prevede il riconoscimento ai sensi del seguente Reg CE per le linee d'attività indicate nella master list
allegata

Regolamento CE di riferimento

L'elenco completo delle linee d'attività che si intendono ora svolgere sono indicate nella master list allegata.

CHIEDE

che il procedimento si svolga mediante l'indizione della

☐	conferenza dei servizi decisoria in forma semplificata e in modalità asincrona
☐	conferenza dei servizi decisoria in forma simultanea e in modalità sincrona per i seguenti motivi
Motivazioni	

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 E CERTIFICA

- ☒ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159

Inoltre si impegna, ad ogni effetto di legge, a

- ☒ rispettare l'obbligo di comunicare ogni successiva modifica significativa a quanto sopra descritto ivi compresa la cessazione dell'attività

Dichiara inoltre di essere informato

- ☒ che l'eventuale affido di un reparto dello stabilimento ad un'altra impresa, non è opponibile alle autorità di controllo in quanto è un contratto che produce effetti solo tra le parti interessate, e pertanto la responsabilità della conduzione dello stabilimento è considerata sempre in capo all'impresa che ha presentato la richiesta di riconoscimento per l'intero stabilimento
- ☒ che le attività non possono essere iniziate fino all'ottenimento dell'atto di riconoscimento
- ☒ degli obblighi previsti dal Decreto legislativo 19/11/2008, n. 194 sui diritti sanitari
- ☒ dell'eventualità che per le linee d'attività svolte nello stabilimento, la master list preveda l'obbligo di compilare schede supplementari
- ☒ che eventuali variazioni delle informazioni riportate nelle schede supplementari devono obbligatoriamente essere comunicate all'ASL via pec oppure in via autonoma mediante accreditamento al sistema informatico GISA
- ☒ che il mancato aggiornamento delle schede supplementari alla presente notifica è considerata una non conformità da cui può scaturire la contestazione di sanzioni

☐ referente per la pratica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ master list con indicate le linee di attività svolte
- ☒ scheda anagrafica ex accordo 46/2017
- ☒ documentazione allegata alla notifica sanitaria (allegati, schede supplementari e form)
(per conoscere l'elenco della documentazione da allegare consulta la master list)
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(da allegare se previsti)
- ☐ ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ☐ copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- ☐ altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ 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.

Amalfi

Luogo

Data

il dichiarante