

ATTIVITA' D' AGENZIA D'AFFARI
Segnalazione certificata di inizio attività/Comunicazione**QUADRO INIZIALE** (compilare in ogni caso)

II/La sottoscritto/a			
cognome		Nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.			n. civico – lettera - interno
(per i soli cittadini non comunitari)	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°		data di rilascio
	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al
			rinnovato il (o estremi raccomandata)

<input type="checkbox"/> in qualità di titolare dell'impresa individuale			
partita IVA		sede nel comune di	
provincia o stato estero	C.A.P.	via, viale, piazza, ecc.	n. civico - lettera-interno
iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto)	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

<input type="checkbox"/> in qualità di	<input type="checkbox"/> legale rappresentante	del titolare diverso da persona fisica (società, ente, associazione ecc.)	
	<input type="checkbox"/> procuratore		
<input type="checkbox"/> altro			
denominazione / ragione sociale			
codice fiscale		partita IVA	
sede nel comune di		provincia o stato estero	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.			n. civico – lettera-interno
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

RECAPITI per segnalazioni:

 Telefono	 Cellulare	@ E-mail Ordinario Posta certificata	 Fax
--	---	--	---

INOLTRA SEGNALAZIONE CERTIFICATA D' INIZIO ATTIVITA' PER		
<input type="checkbox"/>	Sezione B1	apertura di nuovo esercizio di agenzia d'affari
<input type="checkbox"/>	Sezione C1	trasferimento di titolarità o gestione (subingresso)
<input type="checkbox"/>	Sezione C2	trasferimento di sede
Comunica:		
<input type="checkbox"/>	Sezione D	cessazione definitiva dell'attività (NON dovuta a subingresso)
<input type="checkbox"/>	Sezione E	altre variazioni (orari, chiusure, modifiche societarie, cambio di delegato)
<input type="checkbox"/>	Sezione F	Altro

a tal fine, dichiara
quanto contenuto nelle sezioni compilate

B 1 – CARATTERISTICHE DELL'ESERCIZIO (compilare sempre)

INSEGNA (eventuale):

Ubicazione dell'esercizio/attività:

via, viale, piazza, ecc.	n. civico - lettera-interno
--------------------------	-----------------------------

se inserito in un centro o polo commerciale, specificare denominazione ed estremi autorizzazione

dati catastali	categoria	classe	Sezione	foglio	particella	Subalterno
titolo di detenzione dei locali	(barrare una o più caselle)	<input type="checkbox"/> Proprietà	<input type="checkbox"/> Locazione	<input type="checkbox"/> Comodato	<input type="checkbox"/> Usufrutto	<input type="checkbox"/> Altro titolo

Per la seguente tipologia d'attività:

1) DISBRIGO PRATICHE AMMINISTRATIVE PER CONTO TERZI;

2) DISBRIGO PRATICHE INFORTUNISTICHE ED ASSICURATIVE;

3) LA VENDITA DI BENI [] NUOVI, [] USATI, PER CONTO TERZI, (specificare tipologia di beni) _____;

4) L'ESPOSIZIONE, SENZA VENDITA DI BENI [] NUOVI, [] USATI, PER CONTO TERZI (specificare tipologia di beni) _____;

5) ACQUISTO DI SPAZI PUBBLICITARI PER CONTO TERZI;

6) ORGANIZZAZIONE DI CONGRESSI, RIUNIONI, FESTE, EVENTI E MANIFESTAZIONI PER CONTO TERZI;

7) LA PREVENDITA DI BIGLIETTI PER SPETTACOLI ED EVENTI VARI, PER CONTO TERZI;

8) DISBRIGO INERENTI LE ONORANZE FUNEBRI;

9) DIBRIGO PRATICHE INERENTI LE AZIENDE DI VIGILANZA PRIVATA;

10) INTERMEDIAZIONE NELLA TRATTAZIONE DI AFFARI ALTRUI NEL SETTORE DELLE SPEDIZIONI E DEI TRASPORTI, SENZA L'UTILIZZO DI MEZZI ED AUTOVEICOLI PROPRI;

11) INTERMEDIAZIONE NELLA TRATTAZIONE DI AFFARI ALTRUI NEL SETTORE DELLE ESPOSIZIONI, MOSTRE E FIERE CAMPIONARIE;

12) PUBBLICITA'

13) COLLAMENTO DI COMPLESSI MUSICALI

14) ALTRO (specificare) _____

a carattere permanente

a carattere stagionale dal [] [] [] [] al [] [] [] []

a carattere temporaneo

C1 – Segnalazione di inizio attività (s.c.i.a.) di trasferimento di titolarità o gestione (sub ingresso)

Precedente titolare:

Cognome o denominazione o ragione sociale	Nome
codice fiscale	

Subingresso a seguito di:

Cessione di azienda/ramo d'azienda

Affitto d'azienda/ramo d'azienda

Reintestazione al termine di affitto d'azienda (compresa risoluzione anticipata)

Successione per causa di morte

Altro titolo (donazione, fusione, scissione, conferimento in società, fallimento, altre cause)

specificare:

il subingresso è avvenuto:

- senza alcuna modifica dei locali ¹ con modifica dei locali

Estremi dell'atto di trasferimento TRA VIVI O PER CAUSA DI MORTE: (ALLEGARE atto o certificazione notarile)

Notaio	Sede	Repertorio	Data
--------	------	------------	------

Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio al quale si subentra:

Autorizzazione	Comunicazione	S.C.I.A. / DIA	N.	Data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

C2 – Segnalazione di inizio attività (s.c.i.a.) per trasferimento di sede.

Precedente ubicazione dell'esercizio

via, viale, piazza, ecc.	n. civico – lettera - interno
--------------------------	-------------------------------

Attuale ubicazione dell'esercizio

Via, viale, piazza, ecc	n. civico – lettera – interno
-------------------------	-------------------------------

se inserito in un centro o polo commerciale, specificare denominazione ed estremi autorizzazione

Precedente titolo abilitativo	In data	Precedente superficie
<input type="checkbox"/> autorizzazione <input type="checkbox"/> comunicazione <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> S.C.I.A		

D Comunicazione di Cessazione definitiva dell'attività

L'esercizio indicato nella sezione A cessa definitivamente a far data dal :

Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio/attività che cessa:

Autorizzazione	Comunicazione	S.C.I.A. / DIA	N.	Data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

E Altre comunicazioni (concernenti l'esercizio indicato nella sezione DATI DELL'ESERCIZIO)

Relativamente all'esercizio indicato nella sezione A, si comunica:

	Giorno	Mattino		Pomeriggio	
		Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore
<input type="checkbox"/> E1-turni ed orari ² valevoli a far data dal ____ / ____ / 20____ <i>(utilizzare il quadro anche per segnalare l'eventuale chiusura infrasettimanale)</i>	Lunedì				
	Martedì				
	Mercoledì				
	Giovedì				
	Venerdì				
	Sabato				
	Domenica				
	<input type="checkbox"/> E2-modifica del legale rappresentante	La rappresentanza legale, già facente capo al Sig. _____ a far data dal ____/____/____ è stata assunta dall'attuale rappresentante legale, come sopra generalizzato nel quadro iniziale, come da DOCUMENTAZIONE ALLEGATA			
<input type="checkbox"/> E3-modifica di sede legale	La sede legale che precedentemente era: _____ è stata modificata in seguito a deliberazione _____ in data _____ secondo quanto indicato nel quadro iniziale, come da DOCUMENTAZIONE ALLEGATA				
<input type="checkbox"/> E4-modifica di denominazione o ragione sociale	La precedente denominazione/ragione sociale: _____ in seguito a deliberazione _____ in data _____ è stata modificata in quella indicata nel quadro iniziale, come da DOCUMENTAZIONE ALLEGATA				

¹ Nel caso di subingresso senza modifica dei locali non occorre allegare documentazione ad essi relativa

E5-esercizio provvisorio dell'attività per causa di morte in attesa di formalizzazione del sub ingresso

Cognome del defunto: _____ Nome _____
Data del decesso ____/____/____ Luogo di decesso _____

Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio oggetto di esercizio provvisorio dell'attività

Autorizzazione	Comunicazione	S.C.I.A. / DIA	N.	Data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Il sottoscritto, come generalizzato nel QUADRO INIZIALE, dichiara di assumere l'esercizio provvisorio dell'attività per causa di morte e che appartengono alla comunione ereditaria gli ulteriori seguenti soggetti

Cognome	Nome	Residenza	Codice fiscale

F- altro

ALLEGARE eventuali richieste e comunicazioni non riconducibili alle ipotesi contemplate dal presente modello

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE - Dichiarazioni di responsabilità obbligatorie

Q1 – Requisiti generali

(le seguenti dichiarazioni non si intendono rese in caso di cessazione)

II/La sottoscritto/a dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. 489 Codice Penale:

- che nei propri confronti non sussistono le cause ostative previste dagli Artt. 13 e 131 del T.U.L.P.S. che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. 06/09/2011, n. 159 (antimafia);
- di aver rispettato – relativamente al locale dell'esercizio:
 - i regolamenti locali di polizia urbana;
 - Il requisito di conformità urbanistica, trattandosi di area classificata dal vigente strumento urbanistico generale come _____ e, pertanto, idonea al tipo di insediamento in oggetto;
 - le norme edilizie e di destinazione d'uso;
- Che i codici Ateco riferiti all'attività sono i numeri _____
- Di astenersi dal compimento di operazioni diverse da quelle indicate nella tabella delle tariffe;

Informativa sul trattamento dei dati personali (privacy)

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), dichiara di essere stato informato che:

- Il trattamento dei dati personali forniti nella presente segnalazione/comunicazione è finalizzato unicamente all'attività istruttoria di verifica e controllo pertinente alla segnalazione/comunicazione stessa ed avverrà presso il Comune di Narni, titolare del trattamento, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità;
- I dati potranno essere comunicati agli incaricati del trattamento presso il SUAP il cui responsabile ne potrà venire a conoscenza;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio per il controllo e la verifica della segnalazione/comunicazione e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di iniziare l'attività o dare corso alla variazione comunicata;
- Ai sensi dell'articolo 7 del d.lgs. 196/2003, l'interessato ha diritto di accedere ai propri dati personali, chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo la richiesta a questo SUAP

SOTTOSCRIZIONE

II/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.

Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante



ALLEGATI

<input checked="" type="checkbox"/>	(obbligatorio) Copia di un documento di identità in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono
<input type="checkbox"/>	Permesso/carta di soggiorno per cittadini non comunitari
<input type="checkbox"/>	Tabella in doppia copia, delle operazioni che si intendono svolgere, con l'indicazione delle relative tariffe
<input type="checkbox"/>	Atto di trasferimento/cessione o certificazione notarile, nel caso di sub ingresso
<input type="checkbox"/>	(obbligatorio, in caso di titolare non persona fisica) Allegato A - Dichiarazioni dei soci ed amministratori
<input type="checkbox"/>	Atti e/o deliberazioni comprovanti quanto dichiarato nei quadri E2, E3, E4
<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di atto notorio circa la composizione dell'asse ereditario (qualora si è compilato il quadro E5)
<input type="checkbox"/>	Altre eventuali comunicazioni ecc. non riconducibili al modello (qualora si è compilato il quadro F)

Allegato A **dichiarazioni di altre persone (amministratori, soci, ecc.) indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998**
(solo per le società quando è stato compilato il quadro autocertificazione)

Il/La sottoscritto/a			
cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono
(per i soli cittadini non comunitari)	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio
	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al
			rinnovato il (o estremi raccomandata)

DICHIARA

Ai sensi del d.p.r. 445/2000:

- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31/5/1965, n. 575 e s. m. (antimafia)

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico n. 445/2000.

ALLEGA copia di valido documento d'identità.

Firma del Socio Amministratore

