

STRUTTURE RICETTIVE SCIA MODIFICA RAGIONE SOCIALE	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Comune di Capurso Provincia di Bari </div>	TIMBRO PROTOCOLLO
PRATICA N. _____ DEL _____ PROT. _____		

STRUTTURE TURISTICO-RICETTIVE

Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) (art. 83 D.lgs. n.59/2010 e art. 19 Legge n. 241/1990)

per

NUOVA APERTURA
TRASFERIMENTO DI SEDE
TRASFERIMENTO DELLA GESTIONE o TITOLARITÀ
REINTESTAZIONE
AMPLIAMENTO o RIDUZIONE DI SUPERFICIE e/o DELLA CAPACITÀ RICETTIVA
MODIFICA DELLA RAGIONE SOCIALE
CAMBIO AMMINISTRATORE
NOMINA o SOSTITUZIONE DEL DIRETTORE
SOSPENSIONE o CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ

DATI DEL DICHIARANTE

__ | __ sottoscritt __ (cognome e nome) _____
 data di nascita: |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__| cittadinanza _____
 luogo di nascita: Comune _____ Provincia _____ Stato _____
 residenza: C.A.P. |__|__|__|__|__| Comune _____ Provincia _____
 via/piazza _____ n. _____
 recapito telefonico: _____ /fax: _____
 e-mail: _____,

in qualità di:

titolare dell'omonima impresa individuale

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

[illegible]

con sede nel Comune di _____ Provincia _____ CAP|_|_|_|_|_|

via/piazza _____ n. _____

N. di iscrizione nel Registro delle Imprese (se già iscritto) _____ della Camera di
Commercio di _____

legale rappresentante della Società

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

[illegible]

denominazione o ragione sociale: _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____ CAP|_|_|_|_|

via/piazza _____ n. _____

N. di iscrizione nel Registro delle Imprese _____ Camera di Commercio di _____

con riferimento alla struttura turistico-ricettiva:

Tipologia:

ALBERGO

MOTEL

VILLAGGIO-ALBERGO

ALBERGO DIMORA STORICA - RESIDENZA D'EPOCA

ALBERGO CENTRO BENESSERE

OSTELLO DELLA GIOVENTÙ

RESIDENZA TURISTICA O RESIDENCE

CASA O APPARTAMENTO PER VACANZA

CASA PER FERIE

ubicata in CAPURSO (CAP|__|__|__|__|__|),

Via/Piazza _____ n. _____,

denominata _____

Titolare: _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titolo abilitativo:

Autorizzazione Amministrativa n. _____ del |__|__|_|-|__|__|_|-|__|__|_|_|_|

S.C.I.A. prot. n. _____ **del** |_|_|-|_|_|-|_|_|-|_|_|

sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, presenta la seguente S.C.I.A. (Segnalazione Certificata di Inizio Attività),

(IN CASO DI MODIFICA DELLA RAGIONE SOCIALE)

SEGNALANDO CHE:

a far data dal |__|__|-|__|__|-|__|__|__|

è intervenuta la seguente modifica della ragione sociale:

da: _____

a: _____

in virtù di atto pubblico del notaio _____ del Collegio
Notarile di _____, repertorio n. _____ raccolta n. _____ del
|__|__|-|__|__|-|__|__|__, registrato a _____ il |__|__|-
|__|__|-|__|__|__,

- ☐ senza modifica della compagine sociale;
☐ con modifica della compagine sociale (indicare la modifica):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), dichiara, infine, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della pratica per la quale la presente S.C.I.A. viene presentata.

Alla presente allega:

- ☐ fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità (*obbligatorio*);
- ☐ fotocopia del permesso di soggiorno (*solo per i cittadini extracomunitari*);
- ☐ ALLEGATO A – dichiarazione del possesso dei requisiti morali (*per la ditta individuale o per il legale rappresentante della Società*);
- ☐ ALLEGATO B – dichiarazione del possesso dei requisiti morali (*per i soci della Società*);
- ☐ copia atto pubblico;
- ☐ copia della ricevuta di pagamento della tassa sulle concessioni regionali di cui alla L.R. n. 31/2001 (*obbligatorio*);
- ☐ autorizzazione sanitaria rilasciata dalla A.S.L. Bari – Dipartimento Prevenzione – Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) (*obbligatorio*);

- ☐ certificato di vigenza rilasciato dal Registro Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A (se trattasi di Società).

Data |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__|

FIRMA

DICHIARAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI MORALI

(per la ditta individuale o per il legale rappresentante della Società)

_____ I _____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

data di nascita: | | - | | - | | | | cittadinanza

luogo di nascita: Comune Provincia Stato

residenza: C.A.P. | | | | | Comune Provincia

via/piazza _____ n. _____

in qualità di:

della Società denominata:

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dal successivo art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art.71, commi 1 e 2, del D.lgs. n. 59/2010, nonché dei requisiti previsti dagli artt. 11 e 92 del R.D. n. 773/1931;
- che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia);
- che il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela

Alla presente allega fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Data | _ | _ | - | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ |

Firma _____

