



ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)				
1	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo
			<input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica	Num. Prot
NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA				

DOMANDA DI VOLTURAZIONE ATTO DI REGISTRAZIONE ATTRAZIONE SPETTACOLO VIAGGIANTE
(D.M. 18/05/2007)

Al SUAP del Comune di
 All'Ufficio Commercio 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)

CHIEDE LA:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
		Spettacolo viaggiante	VOLTURAZIONE ATTO DI REGISTRAZIONE E DI ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO <i>(apporre una marca da bollo da €14.62)</i>

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

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE				
A1	Cognome	Nome		
	Nato a	Prov.	il	
	Residente in	Prov.	CAP	
	Via/piazza	n.		
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
IN QUALITA' DI				
A2	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Institore	
	<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile repertorio N° del e registrato a il			
DELLA				
A3	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		
	<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1			

INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
B	Via	Comune	Prov.
	Casella postale		
	Email	Telefono	Cellulare
			Fax



VOLTURAZIONE	
E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'
1	Denominazione attrazione _____
	Registrata dal Comune di _____ in data _____ con il codice _____
2	Denominazione attrazione _____
	Registrata dal Comune di _____ in data _____ con il codice _____
3	Denominazione attrazione _____
	Registrata dal Comune di _____ in data _____ con il codice _____
Il sottoscritto dichiara inoltre:	
di essere in possesso dell' autorizzazione per l'Esercizio delle Attività dello Spettacolo Viaggiante: n. _____	
rilasciata il _____ dal Comune di _____	

CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE DELLE ATTRAZIONI INDICATE ERA IL SEGUENTE SOGGETTO (compilare il presente quadro in caso di imprenditore individuale):				
D	Cognome	Nome		
	Nato a	Prov.	il	
	Residente in	Prov.	CAP	
	Via/piazza	n.		
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
	Denominazione Impresa o Ditta (se presente)			
	Sede legale nel Comune di (se diversa dalla residenza)			Provincia
	Via/piaz.	N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
Partita IVA		Codice Fiscale		

CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE DELLE ATTRAZIONI INDICATE ERA LA SOCIETA' (compilare il presente quadro in caso di società):				
D1	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	
	<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.			

DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO - <input type="checkbox"/> ATTO TRA VIVI					
Estremi atto: Data		Notaio	Rep. n.	Registr. A	Data e num
D2	NATURA DELL'ATTO				
	<input type="checkbox"/> vendita o donazione di azienda		<input type="checkbox"/> affitto di azienda		
	<input type="checkbox"/> fusione o scissione di società con trasferimento di azienda		<input type="checkbox"/> risoluzione atto di vendita, donazione o affitto di azienda		
	<input type="checkbox"/> conferimento di azienda in società		<input type="checkbox"/> scadenza di contratto di affitto		
	<input type="checkbox"/> altre cause				
Data di decorrenza degli effetti giuridici degli atti sopra indicati (se presente):					

DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO					
<input type="checkbox"/> PER CAUSA DI MORTE (indicare gli estremi dell'atto di pubblicazione del testamento)					
Data dell'atto		Notaio	Rep. n.	Registr. A	Data e num
D3	NATURA DELLA SUCCESSIONE				
	<input type="checkbox"/> SUCCESSIONE LEGITTIMA ¹		<input type="checkbox"/> SUCCESSIONE TESTAMENTARIA		
¹ Allegare dichiarazione sostitutiva di cui all'allegato 1					



F	REQUISITI PERSONALI
F1	REQUISITI DI ONORABILITA'
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dagli artt. 11 e 12 del TULPS e dagli artt. 1 e 3 della L. 27-12-1956, n. 1423 <input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia).

G	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *
	N	Rilasciato da	il
* Specificare il motivo del rilascio			

H	TRATTAMENTO DATI PERSONALI
	<input checked="" type="checkbox"/> 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) Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà per successione;
- 2) I cittadini extracomunitari che sottoscrivono le dichiarazioni devono allegare copia della carta/permesso di soggiorno non scaduto o con copia di atti di rinnovo



ALLEGATO N. 1

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (art. 47 D.P.R. 445/2000) per successione

Il sottoscritto																																	
Cognome		Nome																															
Nato a		Prov.	il																														
Codice fiscale (16 caratteri)																																	
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare)																																	
Residente a	Prov.	Via/piazza	n																														
<p>ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che il rilascio di dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, comporta l'applicazione di sanzioni penali, nonché la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. cit.</p> <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> <p>che il/la Sig./ra _____ nato/a _____, prov. _____ il _____, è deceduto/a in _____, il giorno _____,</p> <p><input type="checkbox"/> senza lasciare testamento;</p> <p><input type="checkbox"/> lasciando il testamento pubblicato dal Notaio _____ in data _____ Rep. N. _____;</p> <p><input type="checkbox"/> di essere unico erede del/della suddetto/a defunto/a;</p> <p><input type="checkbox"/> che unici eredi del/della suddetto/a defunto/a sono:</p> <table border="0"> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td>C.F.</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td>C.F.</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td>C.F.</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td>C.F.</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td>C.F.</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> che i soggetti sopra indicati, ai sensi dell'art. 1106 del Codice Civile e con la maggioranza indicata al precedente art.1105, lo hanno nominato rappresentante per tutti i rapporti giuridici con i terzi;</p> <p><input type="checkbox"/> di essere stato nominato rappresentante per tutti i rapporti giuridici con i terzi con Decreto del Tribunale di _____ del _____;</p> <p><input type="checkbox"/> che la comunione ereditaria sia regolarizzata si è trasformata nella società rappresentata, come evidenziato nell'atto costitutivo del _____ notaio _____ repertorio _____ registrato a _____ il _____ n.</p> <p><input type="checkbox"/> che non figurano eredi o legatari minorenni</p> <p><input type="checkbox"/> che figurano eredi o legatari minorenni e che in data _____ / _____ / _____ il giudice tutelare dott. _____ ha concesso la propria autorizzazione per quanto richiesto nel presente atto.</p>				Cognome	Nome	C.F.	-----	-----	-----	Cognome	Nome	C.F.	-----	-----	-----	Cognome	Nome	C.F.	-----	-----	-----	Cognome	Nome	C.F.	-----	-----	-----	Cognome	Nome	C.F.	-----	-----	-----
Cognome	Nome	C.F.																															
-----	-----	-----																															
Cognome	Nome	C.F.																															
-----	-----	-----																															
Cognome	Nome	C.F.																															
-----	-----	-----																															
Cognome	Nome	C.F.																															
-----	-----	-----																															
Cognome	Nome	C.F.																															
-----	-----	-----																															

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