

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'

Al SUAP 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)

TRASMETTE SEGNALAZIONE RELATIVA A:

Cod. Nome attività

**Studio veterinario con accesso di animali
ambulatorio veterinario
clinica – casa di cura veterinaria
ospedale veterinario
laboratorio veterinario di analisi**

Oggetto

**INIZIO DI ATTIVITA'
TRASFERIMENTO DI SEDE
VARIAZIONE ATTIVITA'
MODIFICHE LOCALI**

INDICARE SE NEL LOCALE E' ESERCITATA ALTRA ATTIVITA' SI NO

SE SI: Commercio al dettaglio

Commercio/Tolettatura animali da compagnia /etc

Altro

Di cui al titolo abilitativo (SCIA/Autorizzazione) n. _____ del _____

emessa da _____

INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/1995, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE COMPILATA:

Attività prevalente:

Attività secondaria:

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

A 1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Tel.	Fax	C.F.	
	Indirizzo email ordinaria :			
	Indirizzo email p.e.c.:			
A 2	IN QUALITA' DI			
	<input type="checkbox"/> Proprietario/avente titolo		<input type="checkbox"/> Esercente attività nell'immobile	
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Proprietario/ Comproprietario
	<input type="checkbox"/> Affittuario		<input type="checkbox"/> Presidente	
A 3	DELLA			
	Forma giuridica *		Denomin.**	
	Sede legale nel Comune di ***			Prov.
	Via/piazza		N. civico	CAP
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA		Codice Fiscale	
	Note: * 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			

INIZIO ATTIVITA'

C	DATI RIFERITI AI LOCALI IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'				
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio				
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro (indicare se compravendita, scissione d'azienda, comodato ecc...) _____ atto repertorio n. _____ registrato presso _____ di _____ _____;		(dati proprietà immobile) _____		

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che sono state rispettate tutte le disposizioni vigenti relative all'attività indicata, ivi comprese fra le altre le disposizioni urbanistico - edilizie, igienico - sanitarie, le norme di sicurezza degli impianti e sulla tutela dei lavoratori;			
	<input type="checkbox"/> di essere consapevole che ai fini dell'esercizio dell'attività richiesta potrebbe essere necessaria l'acquisizione di ulteriori e diverse autorizzazioni quali l'autorizzazione agli scarichi, emissioni, inquinamento acustico ecc.....;			
	<input type="checkbox"/> che la planimetria allegata (nella quale sono indicate le altezze e le destinazioni d'uso dei locali) corrisponde allo stato di fatto e/o di progetto;			
	<input type="checkbox"/> che i locali risultano conformi alle norme riguardanti l'agibilità e la destinazione d'uso degli stessi, nonché sotto il profilo della solidità, della staticità, della sicurezza e della prevenzioni incendi.			
	<input type="checkbox"/> di aver rispettato inoltre i regolamenti di polizia urbana, di polizia veterinaria, di igiene e sanità, nonché i regolamenti edilizi, le norme urbanistiche e la normativa nazionale, regionale e comunale in materia;			
	<input type="checkbox"/> che gli impianti installati (elettrico, idraulico, gas, riscaldamento, ecc.) sono conformi alle normative vigenti nella rispettiva materia;			
	<input type="checkbox"/> che vengono <input type="checkbox"/> non vengono utilizzati gas anestetici: in caso di utilizzo, allegare relazione contenente tipo di anestetici utilizzati, modalità di utilizzo, norme di prevenzione messe in atto per la tutela degli operatori e della collettività			
	<input type="checkbox"/> che vengono <input type="checkbox"/> non vengono utilizzati apparecchi radiologici: in caso di utilizzo, allegare copia della comunicazione di inizio pratica radiologica ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 230/95 e s.m.i.			
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Inizio effettivo dell'attività dalla data di presentazione della presente dichiarazione: _____	
	Il personale tecnico e ausiliario operante nella struttura è costituito da n. _____ addetti di cui n. _____ tecnici e n. _____ ausiliari	
	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale relativamente all'attività sopra indicata;	
	<input type="checkbox"/> di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le sanzioni penali previste dal vigente ordinamento e si procederà alla sospensione dell'attività ed alla irrogazione delle ulteriori sanzioni previste per legge;	
	<input type="checkbox"/> che sussistono i requisiti generali di cui all'allegato della Deliberazione di G.R.C. N. 459 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Recepimento accordo Stato - Regioni del 26.11.2003 riguardante: definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'erogazione delle prestazioni veterinarie - "Linee Guida";	
	<input type="checkbox"/> di essere direttore sanitario della struttura _____ (in caso contrario indicare altro nominativo all'allegato 2);	
<input type="checkbox"/> di essere consapevole che la presente domanda non si riferisce ad attività soggette ad autorizzazione o riconoscimento comunitario per le quali dovrà essere presentata specifica e diversa domanda;		

TRASFERIMENTO DI SEDE

C	CHE L'ATTIVITA' SVOLTA NEI LOCALI DI CUI A DICHIARAZIONE DEL _____ PROT. _____ UBICATI IN:		
	Indirizzo Via/P.za _____		Civico _____ Piano/scala/interno _____
	Comune _____		Prov. _____ CAP _____
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio _____		

C 1	E' TRASFERITA IN:				
	Indirizzo Via/P.za _____		Civico _____	Piano/scala/interno _____	
	Comune _____		Prov. _____	CAP _____	
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio _____				
	Dati catasto: Categ. _____		Classe _____	Foglio _____	Numero _____ Sub. _____
	Destinazione d'uso _____		Dest. urbanistica di zona _____		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro (indicare se compravendita, scissione d'azienda, comodato ecc...) _____ atto repertorio n. _____ registrato presso _____ di _____ _____;		(dati proprietà. immobile) _____		

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che sono state rispettate tutte le disposizioni vigenti relative all'attività indicata, ivi comprese fra le altre le disposizioni urbanistico - edilizie, igienico - sanitarie, le norme di sicurezza degli impianti e sulla tutela dei lavoratori;			
	<input type="checkbox"/> di essere consapevole che ai fini dell'esercizio dell'attività richiesta potrebbe essere necessaria l'acquisizione di ulteriori e diverse autorizzazioni quali l'autorizzazione agli scarichi, emissioni, inquinamento acustico ecc.....;			
	<input type="checkbox"/> che la planimetria allegata (nella quale sono indicate le altezze e le destinazioni d'uso dei locali) corrisponde allo stato di fatto e/o di progetto;			
	<input type="checkbox"/> che i locali risultano conformi alle norme riguardanti l'agibilità e la destinazione d'uso degli stessi, nonché sotto il profilo della solidità, della staticità, della sicurezza e della prevenzioni incendi.			
	<input type="checkbox"/> di aver rispettato inoltre i regolamenti di polizia urbana, di polizia veterinaria, di igiene e sanità, nonché i regolamenti edilizi, le norme urbanistiche e la normativa nazionale, regionale e comunale in materia;			
	<input type="checkbox"/> che gli impianti installati (elettrico, idraulico, gas, riscaldamento, ecc.) sono conformi alle normative vigenti nella rispettiva materia;			
	<input type="checkbox"/> che vengono <input type="checkbox"/> non vengono utilizzati gas anestetici: in caso di utilizzo, allegare relazione contenente tipo di anestetici utilizzati, modalità di utilizzo, norme di prevenzione messe in atto per la tutela degli operatori e della collettività			
	<input type="checkbox"/> che vengono <input type="checkbox"/> non vengono utilizzati apparecchi radiologici: in caso di utilizzo, allegare copia della comunicazione di inizio pratica radiologica ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 230/95 e s.m.i.			
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Inizio effettivo dell'attività dalla data di presentazione della presente dichiarazione:	
	Il personale tecnico e ausiliario operante nella struttura è costituito da n. _____ addetti di cui n. _____ tecnici e n. _____ ausiliari	

	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale relativamente all'attività sopra indicata; <input type="checkbox"/> di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le sanzioni penali previste dal vigente ordinamento e si procederà alla sospensione dell'attività ed alla irrogazione delle ulteriori sanzioni previste per legge; <input type="checkbox"/> che sussistono i requisiti generali di cui all'allegato della Deliberazione di G.R.C. N. 459 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Recepimento accordo Stato - Regioni del 26.11.2003 riguardante: definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'erogazione delle prestazioni veterinarie - "Linee Guida"; <input type="checkbox"/> di essere direttore sanitario della struttura _____ (in caso contrario indicare altro nominativo all'allegato 2); <input type="checkbox"/> di essere consapevole che la presente domanda non si riferisce ad attività soggette ad autorizzazione o riconoscimento comunitario per le quali dovrà essere presentata specifica e diversa domanda;
--	---

VARIAZIONE TIPOLOGIA

C	CHE L'ATTIVITA' SVOLTA NEI LOCALI DI CUI A DICHIARAZIONE DEL _____ PROT. _____ UBICATI IN:		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio		

E	VARIAZIONE TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA PASSANDO DA:		
	<input type="checkbox"/> Studio veterinario con accesso di animali		<input type="checkbox"/> Studio veterinario con accesso di animali
	<input type="checkbox"/> ambulatorio veterinario		<input type="checkbox"/> ambulatorio veterinario
	<input type="checkbox"/> clinica – casa di cura veterinaria	A	<input type="checkbox"/> clinica – casa di cura veterinaria
	<input type="checkbox"/> ospedale veterinario		<input type="checkbox"/> ospedale veterinario
	<input type="checkbox"/> laboratorio veterinario di analisi		<input type="checkbox"/> laboratorio veterinario di analisi
Altro: _____			

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che sono state rispettate tutte le disposizioni vigenti relative all'attività indicata, ivi comprese fra le altre le disposizioni urbanistico - edilizie, igienico - sanitarie, le norme di sicurezza degli impianti e sulla tutela dei lavoratori;			
	<input type="checkbox"/> di essere consapevole che ai fini dell'esercizio dell'attività richiesta potrebbe essere necessaria l'acquisizione di ulteriori e diverse autorizzazioni quali l'autorizzazione agli scarichi, emissioni, inquinamento acustico ecc.....;			
	<input type="checkbox"/> che la planimetria allegata (nella quale sono indicate le altezze e le destinazioni d'uso dei locali) corrisponde allo stato di fatto e/o di progetto;			
	<input type="checkbox"/> che i locali risultano conformi alle norme riguardanti l'agibilità e la destinazione d'uso degli stessi, nonché sotto il profilo della solidità, della staticità, della sicurezza e della prevenzione incendi.			
	<input type="checkbox"/> di aver rispettato inoltre i regolamenti di polizia urbana, di polizia veterinaria, di igiene e sanità, nonché i regolamenti edilizi, le norme urbanistiche e la normativa nazionale, regionale e comunale in materia;			
	<input type="checkbox"/> che gli impianti installati (elettrico, idraulico, gas, riscaldamento, ecc.) sono conformi alle normative vigenti nella rispettiva materia;			
	<input type="checkbox"/> che vengono <input type="checkbox"/> non vengono utilizzati gas anestetici: in caso di utilizzo, allegare relazione contenente tipo di anestetici utilizzati, modalità di utilizzo, norme di prevenzione messe in atto per la tutela degli operatori e della collettività			
	<input type="checkbox"/> che vengono <input type="checkbox"/> non vengono utilizzati apparecchi radiologici: in caso di utilizzo, allegare copia della comunicazione di inizio pratica radiologica ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 230/95 e s.m.i.			
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):			
Tipologia atto		Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Inizio effettivo dell'attività dalla data di presentazione della presente dichiarazione:	
	Il personale tecnico e ausiliario operante nella struttura è costituito da n. _____ addetti di cui n. _____ tecnici e n. _____ ausiliari	

	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale relativamente all'attività sopra indicata; <input type="checkbox"/> di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le sanzioni penali previste dal vigente ordinamento e si procederà alla sospensione dell'attività ed alla irrogazione delle ulteriori sanzioni previste per legge; <input type="checkbox"/> che sussistono i requisiti generali di cui all'allegato della Deliberazione di G.R.C. N. 459 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Recepimento accordo Stato - Regioni del 26.11.2003 riguardante: definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'erogazione delle prestazioni veterinarie - "Linee Guida"; <input type="checkbox"/> di essere direttore sanitario della struttura _____ (in caso contrario indicare altro nominativo all'allegato 2); <input type="checkbox"/> di essere consapevole che la presente domanda non si riferisce ad attività soggette ad autorizzazione o riconoscimento comunitario per le quali dovrà essere presentata specifica e diversa domanda;
--	---

MODIFICA LOCALI

C	CHE L'ATTIVITA' SVOLTA NEI LOCALI DI CUI A DICHIARAZIONE DEL _____ PROT. _____			
	UBICATI IN:			
	Indirizzo Via/P.za _____		Civico _____	Piano/scala/interno _____
	Comune _____		Prov. _____	CAP _____
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio _____			
	NEL LOCALE E' ESERCITATA ALTRA ATTIVITA' SI NO			
	SE SI: Commercio al dettaglio Commercio/Toilettatura animali da compagnia /etc Altro _____			
	Di cui al titolo abilitativo (SCIA/Autorizzazione) n. _____ del _____ emessa da _____			

C1	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE MODIFICHE APPORTATE AI LOCALI DELLA STRUTTURA:			
	_____ _____ _____			
	_____ _____ _____			
D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che sono state rispettate tutte le disposizioni vigenti relative all'attività indicata, ivi comprese fra le altre le disposizioni urbanistico - edilizie, igienico - sanitarie, le norme di sicurezza degli impianti e sulla tutela dei lavoratori;			
	<input type="checkbox"/> di essere consapevole che ai fini dell'esercizio dell'attività richiesta potrebbe essere necessaria l'acquisizione di ulteriori e diverse autorizzazioni quali l'autorizzazione agli scarichi, emissioni, inquinamento acustico ecc.....;			
	<input type="checkbox"/> che la planimetria allegata (nella quale sono indicate le altezze e le destinazioni d'uso dei locali) corrisponde allo stato di fatto e/o di progetto;			
	<input type="checkbox"/> che i locali risultano conformi alle norme riguardanti l'agibilità e la destinazione d'uso degli stessi, nonché sotto il profilo della solidità, della staticità, della sicurezza e della prevenzione incendi.			
	<input type="checkbox"/> di aver rispettato inoltre i regolamenti di polizia urbana, di polizia veterinaria, di igiene e sanità, nonché i regolamenti edilizi, le norme urbanistiche e la normativa nazionale, regionale e comunale in materia;			
	<input type="checkbox"/> che gli impianti installati (elettrico, idraulico, gas, riscaldamento, ecc.) sono conformi alle normative vigenti nella rispettiva materia;			
	<input type="checkbox"/> che vengono <input type="checkbox"/> non vengono utilizzati gas anestetici: in caso di utilizzo, allegare relazione contenente tipo di anestetici utilizzati, modalità di utilizzo, norme di prevenzione messe in atto per la tutela degli operatori e della collettività			
	<input type="checkbox"/> che vengono <input type="checkbox"/> non vengono utilizzati apparecchi radiologici: in caso di utilizzo, allegare copia della comunicazione di inizio pratica radiologica ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 230/95 e s.m.i.			
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'
	Inizio effettivo dell'attività dalla data di presentazione della presente dichiarazione:
	Il personale tecnico e ausiliario operante nella struttura è costituito da n. _____ addetti di cui n. _____ tecnici e n. _____ ausiliari
	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza di quanto previsto dalla normativa nazionale, regionale e comunale relativamente all'attività sopra indicata; <input type="checkbox"/> di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le sanzioni penali previste dal vigente ordinamento e si procederà alla sospensione dell'attività ed alla irrogazione delle ulteriori sanzioni previste per legge; <input type="checkbox"/> che sussistono i requisiti generali di cui all'allegato della Deliberazione di G.R.C. N. 459 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Recepimento accordo Stato - Regioni del 26.11.2003 riguardante: definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'erogazione delle prestazioni veterinarie - "Linee Guida"; <input type="checkbox"/> di essere direttore sanitario della struttura _____ (in caso contrario indicare altro nominativo all'allegato 2); <input type="checkbox"/> di essere consapevole che la presente domanda non si riferisce ad attività soggette ad autorizzazione o riconoscimento comunitario per le quali dovrà essere presentata specifica e diversa domanda;

F	REQUISITI PERSONALI																				
	REQUISITI DI MORALI																				
F1	<input 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). Trattandosi di società od organismi collettivi si allega alla presente N. _____ DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.																				
	REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI																				
	Il sottoscritto dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti professionali per lo svolgimento dell'attività, ed in particolare:																				
	Di essere iscritt_____, oppure, che l'iscrizione all'Ordine dei Veterinari è a nome di: Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)																				
F2	Nr. Iscrizione _____ registro _____ _____ ; eventuale ed ulteriore abilitazione specifica: _____																				
	Solo per le società si unisce la dichiarazione di cui all'allegato 1:																				
	<table border="1"> <tr> <td>Cognome</td><td colspan="3">Nome</td></tr> <tr> <td>Nato a</td><td>Prov.</td><td colspan="2">il</td></tr> <tr> <td>Residente in</td><td>Prov.</td><td colspan="2">CAP</td></tr> <tr> <td>Via/piazza</td><td colspan="2"></td><td>n.</td></tr> <tr> <td>Tel.</td><td>Fax</td><td colspan="2">Cod. fisc.</td></tr> </table>	Cognome	Nome			Nato a	Prov.	il		Residente in	Prov.	CAP		Via/piazza			n.	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
Cognome	Nome																				
Nato a	Prov.	il																			
Residente in	Prov.	CAP																			
Via/piazza			n.																		
Tel.	Fax	Cod. fisc.																			
	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO																				
F3	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per * <table border="1"> <tr> <td>N</td><td>Rilasciato da</td><td>il</td><td>Valida fino al</td></tr> </table> * Specificare il motivo del rilascio	N	Rilasciato da	il	Valida fino al																
N	Rilasciato da	il	Valida fino al																		
	TRATTAMENTO DATI PERSONALI																				
G	<input 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 o il procuratore deve firmare
 digitalmente il presente modello
L'interessato

Allegati. Gli allegati in grassetto sono obbligatori.

1. **Relazione tecnica descrittiva dell'attività svolta** (modalità approvvigionamento idrico – modalità scarichi idrici – sistema smaltimento rifiuti solidi urbani, elenco attrezzature installate, tipologia animali trattati, orario di apertura al pubblico, indicazione del direttore sanitario della struttura, elencazione numerica del personale tecnico e ausiliario nella struttura)
2. **Planimetria dei locali** dove viene svolta l'attività oggetto della presente, firmata dal tecnico abilitato e controfirmata dal dichiarante, redatta in scala adeguata e preferibilmente 1:100, indicante l'ubicazione dello stabilimento, riportante per ogni locale, la destinazione d'uso, la superficie, l'altezza, l'aero-illuminazione e la disposizione delle attrezzature principali, punti di abduzione acqua potabile, pozzetti di scarico acque reflue (ove presenti) e rappresentante lo stato di fatto e conforme alla agibilità n. _____ del _____;
3. **FORM e modulistica per la registrazione sanitaria ex DGR N. 318/2016** (*completa degli allegati stabiliti dalla normativa Regionale e alla ricevuta di versamento dei diritti sanitari*) relativa alla notifica o al riconoscimento degli stabilimenti e delle attività inerenti l'igiene e sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria. La modulistica è scaricabile dalla sezione SUAP del sito del Comune o dal sito www.gisacampania.it/gisasuap
4. **Dichiarazioni c.d. ambientali – Allegati C1 impatto acustico – D scarichi ed E emissioni** (reperibile nella sezione SUAP del sito internet comunale)
5. **Dichiarazione in merito all'Insegna, alla prevenzione incendi e rifiuti Allegato F** (reperibile nella sezione SUAP del sito internet comunale)
6. **Copia del documento attestante la disponibilità dei locali;**
7. **Dichiarazione di altre persone con potere di rappresentanza legale** (solo in caso di società - allegato 1);
8. **Copia del documento di identità del titolare / legale rappresentante e degli altri soci;**
9. **Copia del permesso/carta di soggiorno** (solo nel caso di cittadini extracomunitari);
10. **Copia dell'attestazione di avvenuto pagamento dei diritti di istruttoria SUAP ;**
11. **Copia della comunicazione di inizio pratica radiologica ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 230/95 e s.m.i.. n.b. Nel caso in cui non vengano utilizzati apparecchi radiologici o qualora si ricada nei casi esclusione dalla comunicazione preventiva allegare un'apposita dichiarazione;**
12. **Relazione contenente tipo di anestetici utilizzati, modalità di utilizzo, norme di prevenzione messe in atto per la tutela degli operatori e della collettività;**
13. **(eventuale) Procura speciale per la firma digitale e/o l'invio tramite p.e.c. al SUAP**
14. **Altro:**

ALLEGATO N. 1 Dichiarazione di altre persone (soci).

1	Primo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti 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	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
	2	Secondo dichiarante		
Cognome		Nome		
Nato a		Prov.	il	
Residente in		Prov.	CAP	
Via/piazza		n.		
Codice fiscale (16 caratteri)				
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹				
¹ Compilare le righe seguenti 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	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
3		Terzo dichiarante		
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti 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	Valido fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			

DICHIANANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i 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/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività
- 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**).

- di essere informati 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;

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

ALLEGATO N. 2 Dichiarazione del direttore sanitario.

Il sottoscritto			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)			
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹			
¹ Compilare le righe seguenti 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	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio			

DICHIARA

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 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 di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 14 della l.r. 7.2.2005 n. 28 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:

Il sottoscritto dichiara di essere iscritto con:

Nr. Iscrizione _____ all'Ordine Professionale degli _____ della Provincia di _____ ;
eventuale ed ulteriore abilitazione specifica: _____

☒ DI ACCETTARE L'AFFIDAMENTO DELLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA VETERINARIA

Dichiara inoltre 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

L'interessato firmerà digitalmente la presente dichiarazione o conferirà procura speciale per la firma ad un soggetto incaricato