

**PE16****COMUNICAZIONE VARIAZIONE NON SOGGETTA A NUOVA  
AUTORIZZAZIONE O PROCEDURA DI SUBINGRESSO**

*SPORTELLO UNICO*  
**COMUNE di MARGARITA**  
Provincia di Cuneo

*Timbro ufficiale (spazio riservato all'ufficio)*

SI PREGA DI COMPILARE IL MODELLO IN STAMPATELLO

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti**

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_; cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_;

Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**TITOLARE DELLA OMONIMA IMPRESA INDIVIDUALE**

**LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ**

CF \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Sede: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Costituita con atto del \_\_\_\_\_ a Rogito del Notaio \_\_\_\_\_

repertorio \_\_\_\_\_ registrato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Iscritta al Registro Imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_; cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_;

Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

# COMUNICA

In relazione all'attività di \_\_\_\_\_  
svolta presso l'immobile/area situato/a in località \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(l'unità immobiliare è individuata al N.C.E.U nel foglio di mappa n. \_\_\_\_\_  
mappale n. \_\_\_\_\_ sub. \_\_\_\_\_ con una superficie complessiva  
di mq \_\_\_\_\_)  
autorizzata con atto del \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato dall'Ufficio/Ente \_\_\_\_\_

che sono intervenute le seguenti variazioni:

## VARIAZIONE DELLA NATURA GIURIDICA

Da \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_  
Atto di \_\_\_\_\_ stipulato o redatto in data \_\_\_\_\_  
(Notaio \_\_\_\_\_ rep. n. \_\_\_\_\_) registrato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

## VARIAZIONE DELLA DENOMINAZIONE

Da \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_  
Dal \_\_\_\_\_  
Atto di \_\_\_\_\_ stipulato o redatto in data \_\_\_\_\_  
(Notaio \_\_\_\_\_ rep. n. \_\_\_\_\_) registrato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

## VARIAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE

Precedente: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Attuale: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_

Atto di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## VARIAZIONE SOGGETTO TITOLARE DEI REQUISITI PROFESSIONALI

Precedente: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Attuale: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ ed in possesso di iscrizione al Registro Esercenti Commercio (R.E.C.)  
per la somministrazione di alimenti e bevande n. \_\_\_\_\_ rilasciata dalla Camera di  
Commercio di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ quale:

- titolare dell'impresa individuale richiedente  
 legale rappresentante della società richiedente  
 delegato alla somministrazione della società richiedente \*

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
**(firma del titolare del REC)**

*Firma da apporre davanti all'impiegato oppure  
allegare fotocopia del documento di riconoscimento*

*Nel caso in cui il requisito professionale dell'iscrizione al REC per la somministrazione sia posseduto da un delegato lo  
stesso dovrà richiedere l'iscrizione alla Camera di Commercio competente*

## MUTAMENTO DEL TITOLO DI GODIMENTO

Da \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_

Atto di \_\_\_\_\_ stipulato o redatto in data \_\_\_\_\_

(Notaio \_\_\_\_\_ rep. n. \_\_\_\_\_) registrato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

## ALTRE COMUNICAZIONI

che \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti morali prescritti per l'esercizio dell'attività per la quale richiede l'autorizzazione;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'allegato 1 del D.L. 8 agosto 1994 n. 490;
- 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;
- il rispetto delle prescrizioni e disposizioni di legge per lo svolgimento dell'attività;

## Dichiarazioni sul possesso dei requisiti di altri soci ecc...

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che i soggetti tenuti alla presentazione delle dichiarazioni di seguito indicati sono in possesso dei requisiti morali e professionali previsti dalla vigente normativa:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_

Titolo professionale \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_

Titolo professionale \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_

Titolo professionale \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_

Titolo professionale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si è avvalso delle prestazioni del seguente tecnico:

**TECNICO INCARICATO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Recapito: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_; cellulare \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_; Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Cellulari \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

**INOLTRE, LE PREDETTE VARIAZIONI ANCHE AI FINI DELLE SEGUENTI AUTORIZZAZIONI/TITOLI DI ABILITAZIONE:**

- 1) Autorizzazione di Somministrazione ( tipologia “\_” ) n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- 2) Autorizzazione Sanitaria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

---

**ALLEGATI**

- [ ] Copia del documento di identità del dichiarante
- [ ] \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
*Firma da apporre davanti all'impiegato  
oppure allegare fotocopia del documento  
di riconoscimento in corso di validità*

**NOTA**

***L'attività può essere continuata senza necessità di procedere a volturazione/variazione del titolo autorizzatorio***

LA PRESENTE COMUNICAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA IN NUMERO DI COPIE PARI AI PROVVEDIMENTI AUTORIZZATORI/ABILITAZIONI A CUI SI RIFERISCE, **TUTTE CON FIRME IN ORIGINALE**, OLTRE AD UNA COPIA PER L'INTERESSATO CHE, MUNITA DI TIMBRO DATARIO APPOSTO DAL COMUNE, DEVE ESSERE TRATTENUTA E TENUTA PRESSO L'ESERCIZIO