

Amministrazione destinataria

Ufficio destinatario

Segnalazione certificata di inizio attività per l'esercizio dell'attività di tatuaggi e piercing in occasione di fiere o altri eventi pubblici

Ai sensi della Legge Regionale 23/07/2021, n. 13

II sottoscritto				
Cognome	Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza Provincia Comune Indirizzo		Civico Barrato	Scala Piano SNC	САР
Producta Contains		Civico Barrato	Scala Flano Site	
Telefono cellulare Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
in qualità di (questa sezione deve essere comp	ilata se il dichiarante non è un	a persona fisica)		
Ruolo				
			7/	
Denominazione/Ragione sociale			Tipologia	
Sede legale Provincia Comune Indirizzo		Civico Barrato	Scala Piano SNC	САР
Provincia Continue indinizzo		Darrato	Scala Plailo Sinc	
Codice Fiscale		Partita IVA		
Telefono	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Comme	rcio	Provincia	Numero Iscrizione	
Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	Provincia	Numero iscrizione	
Posizione INAIL		Codice INAIL impresa		

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

in rel	azione all'attività						
Classif	cazione						
	tatuatore						
Ш	piercing						
in p	recedente avviata tramite						
	autorizzativo	Protocollo	Data		Ente di rifer	imento	
0	autorizzazione, concessione o nulla osta						
	SCIA o comunicazione						
0	altro (specificare)						
con	sede operativa in						
	ella terreni o Unità imm. urbana Cod. cat. Sezione	Foglio Partice	lla Subalterno	Categoria	Visura		
Provin	cia Comune Indirizzo	Civico Barrato	o Scala	Piano	SNC	CAP	
Plovill	Collume	Darrate	Jeala	Fiano		CAP	
Ulterio	ri immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulterior	i immobili oggetto del pr	rocedimento")				
il pro	ocedimento riguarda ulteriori i	mmobili					
	40						
		SEGNALA					
la na	artecipazione alla manifestazione o evento pub						
-		onco acriominat					
Denom	inazione manifestazione o evento						
che s	i terrà in data						
Data s	olgimento manifestazione o evento						
	ttoscritto, consapevole delle sanzioni penali p						lo 76 del
Dec	reto del Presidente della Repubblica 28/12/20			tto la propri	a respons	sabilità,	
_		DICHIARA					
	che non sussistono nei propri confronti le cau						
	del Decreto Legislativo 06/09/2011, n. 159, "A		•	•	al Codice d	elle leggi antim	nafia e delle
_	misure di prevenzione, nonché nuove disposizion			-			
	di aver rispettato i regolamenti di igiene e sa		_				
	normative di riferimento in ordine ai requisi			_			
	dell'attività di tatuaggi/piercing, ed in partico	lare l'allegato 4	alla Deliberaz	ione della (Giunta Re	gionale 21/1	2/2021, n.
	11/5796						
✓	di aver rispettato le norme sulla sicurezza	sui luoghi di lav	oro, le norme	e edilizie, u	rbanistich	ne e quelle re	elative alla
	destinazione d'uso, la normativa vigente in ma	teria ambientale					
	lel caso di tatuatore la cui sede stabile di attivit	rà si trova fuori d	al territorio reg	ionale:			
	di essere in possesso dei requisiti formativi di	-			lla l egge	Regionale 23	3/07/2021
	n. 13	_a. a a. a.c.o.o J	, co.m.a 2 C-C	u			5., 202 1,
	Nome dell'istituto	ls	Sede dell'istituto				
	Data rilascio	I N	lumero atto		*		
-			unio				
						72	
						· ·	

Il/la sottoscritto/a è consapevole di non poter iniziare l'attività fino al rilascio dei relativi atti di assenso, che verrà comunicato dallo Sportello Unico.

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
referente per la pratica							
Cogno	ome		Nome		Codice Fiscale		
Data	di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza		
Telefo	ono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		
			U				
		(harrare	Elenco degli a	_	oncati sul nartale)		
	ulteriori immol	bili oggetto del prod	J J , ,	zione dena pratica ea ere	ncaa sar portale,		
copia del permesso di soggiorno (da allegare in caso di cittadino extracomunitario)							
		itti di segreteria/isi	ruttoria				
	(da allegare se previst						
		amento diritti sanit					
Copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura							
altri allegati (specificare)							
Informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196) dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della							
presentazione della pratica.							

Luogo	Data	il dichiarante	