



Amministrazione destinataria

Comune di Covo

Ufficio destinatario

Trasmissione di segnalazione certificata di inizio, modifica, variazione o cessazione attività per laboratori per la verifica periodica degli strumenti di misura

Ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Ministeriale 10/12/2001

Il sottoscritto

Cognome	Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Residenza				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato
			Interno	Scala
			Piano	SNC
				CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo				
Denominazione/Ragione sociale	Tipologia			
Sede legale				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato
			Interno	Scala
			Piano	SNC
				CAP
Codice Fiscale	Partita IVA			
Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata		
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	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 relazione all'attività con sede operativa in

(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
							☐		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")
il procedimento riguarda ulteriori immobili

Agibilità dei locali	Protocollo	Data
Insegna		

TRASMETTE

segnalazione certificata di inizio, modifica, variazione o cessazione attività per laboratori per la verifica periodica degli strumenti di misura, riguardante

☐	l'avvio dell'attività
☐	la modifica di una attività esistente, riguardante:
☐	trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale
☐	locali/impianti
☐	modifica dell'attività svolta
☐	la variazione dell'attività, riguardante:
☐	cambio di ragione sociale
☐	modifica dei soggetti titolari dei requisiti (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)
☐	subingresso
☐	sospensione o ripresa dell'attività
☐	cessazione dell'attività

in precedenza avviata tramite

Titolo autorizzativo	Protocollo	Data	Ente di riferimento
☐ autorizzazione, concessione o nulla osta			
☐ SCIA o comunicazione			
☐ altro (specificare)			

☐ referente per la pratica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ segnalazione certificata di inizio, modifica, variazione o cessazione attività redatta sulla modulistica predisposta dalla Camera di Commercio
- ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(da allegare se previsti)
- ☐ ulteriori immobili oggetto del procedimento
- ☐ copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ☐ 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.

Covo

Luogo

Data

il dichiarante