



| 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 | | | | |

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:

| 0 | Codice | Nome attività | Oggetto |
|---|--------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> Studio veterinario con accesso di animali <input type="checkbox"/> ambulatorio veterinario <input type="checkbox"/> clinica – casa di cura veterinaria <input type="checkbox"/> ospedale veterinario <input type="checkbox"/> laboratorio veterinario di analisi | <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE <input type="checkbox"/> VARIAZIONE ATTIVITA' <input type="checkbox"/> MODIFICHE LOCALI |

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

| | | | | |
|----|---|-----|---|-----------|
| A1 | DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE | | | |
| | Cognome | | Nome | |
| | Nato a | | Prov. | il |
| | Residente in | | Prov. | CAP |
| | Via/piazza | | | n. |
| | Tel. | Fax | Cod. fisc. | |
| | Indirizzo email <small>(<input type="checkbox"/> barrare in caso di posta elettronica certificata)</small> | | | |
| A2 | 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"/> Affittuario | | <input type="checkbox"/> Proprietario/ Comproprietario | |
| A3 | DELLA | | | |
| | 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 | |
| | <small>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</small> | | | |

| | | | | |
|---|--|--------|-------|-----|
| B | INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI | | | |
| | Via | Comune | Prov. | CAP |
| | Email <small>(<input type="checkbox"/> barrare in caso di posta elettronica certificata)</small> | Telef. | Cell. | Fax |

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...) | | | (dati propr. imm.le) | |

| | | | | |
|----------------|--|-----------|------|--|
| 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'art. 4 della L.R 6 marzo 2009 n. 7 ed i requisiti specifici previsti dall'art. 5, c. 2, e dagli artt. 6,7,8 e 9 della medesima LR 7/2009; <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 | | |

| | | |
|--|----------|--|
| 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: _____ | | |

| | | | |
|--|--|-----------|------|
| 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; | | | |
| D | <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 | | | |
| E | <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'art. 4 della L.R 6 marzo 2009 n. 7 ed i requisiti specifici previsti dall'art. 5, c. 2, e dagli artt. 6,7,8 e 9 della medesima LR 7/2009; | | |
| | <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 | | | |

| | |
|-----------|---|
| 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 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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| D | 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'art. 4 della L.R 6 marzo 2009 n. 7 ed i requisiti specifici previsti dall'art. 5, c. 2, e dagli artt. 6,7,8 e 9 della medesima LR 7/2009; | |
| <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 |
| F1 | REQUISITI DI MORALI <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. _____) Nr. Iscrizione _____ registro _____ _____; eventuale ed ulteriore abilitazione specifica: _____ Solo per le società si unisce la dichiarazione di cui all'allegato 1: Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ Prov. _____ il _____ Residente in _____ Prov. _____ CAP _____ Via/piazza _____ n. _____ Tel. _____ Fax _____ Cod. fisc. _____ |
| F3 | 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 _____ Valida fino al _____ * Specificare il motivo del rilascio |
| | G TRATTAMENTO DATI PERSONALI <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 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. In caso di **trasmissione telematica** con firma digitale non è necessario l'adempimento sopra descritto.

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. Copia del documento attestante la disponibilità dei locali;**
- 4. Dichiarazione di altre persone con potere di rappresentanza legale (solo in caso di società - allegato 1);**
- 5. Copia del documento di identità del titolare / legale rappresentante e degli altri soci;**
- 6. Copia del permesso/carta di soggiorno (solo nel caso di cittadini extracomunitari);**
- 7. Copia della comunicazione di inizio pratica radiologica ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 230/95 e s.m.i.;**
- 8. Relazione contenente tipo di anestetici utilizzati, modalità di utilizzo, norme di prevenzione messe in atto per la tutela degli operatori e della collettività;**
- 9. 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 | | | | |

DICHIARANO

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 consentano 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

.....

.....

.....

Data

.....

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. In caso di **trasmissione telematica** l'adempimento sopra descritto non deve essere svolto.



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

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. In caso di **trasmissione telematica** l'adempimento sopra descritto non deve essere svolto.