

RISERVATO ALL’UFFICIO

PROT. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROC. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AL SUAP DEL COMUNE DI ISERNIA**

**INOLTRO TRAMITE PEC** **comuneisernia@pec.it**

 **OGGETTO: SCIA PER ATTIVITA’ FUNEBRE**

**...l... sottoscritt...:**

Cognome \_Nome C.F.|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Data di nascita \_ / \_/ \_ Cittadinanza Sesso: M  F  Luogo di nascita: Stato Provincia **Comune \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** Residenza: Provincia \_ \_ **Comune \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

* **in qualità di titolare dell’omonima impresa individuale:**

PARTITA IVA |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

con sede nel Comune di \_ \_ Provincia \_ Via o ... N. C.A.P.  Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_ \_\_; n. REA \_

Iscritta all’albo imprese artigiane di \_ \_ al n. \_

* **in qualità di legale rappresentante della società**:

C.F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| P. IVA (solo se diversa dal C.F.) |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| denominazione e ragione sociale \_ \_ \_ con sede nel Comune di \_\_ \_ \_ Provincia \_ Via o ... N. C.A.P.  Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_ \_\_; n. REA \_ Iscritta all’albo imprese artigiane di \_ \_ \_ al n. \_

#  SEGNALA L’AVVIO DELLA SEGUENTE ATTIVITA’

## sez. A - APERTURA (IMPRESA FUNEBRE)

* sez. A1 – APERTURA ULTERIORE/I UNITÀ LOCALE/I (impresa funebre)
* sez. A2 – GESTIONE “CASA FUNERARIA”

sez. B - APERTURA PER SUBENTRO (impresa funebre)

* sez. B1 – APERTURA PER SUBENTRO ULTERIORE/I UNITÀ LOCALE/I (impresa funebre)
* sez. B2 – APERTURA PER SUBENTRO GESTIONE “CASA FUNERARIA”

sez. C – TRASFERIMENTO SEDE ATTIVITÀ PRINCIPALE

(impresa funebre)

* sez. C1 – VARIAZIONE ULTERIORE/I UNITÀ LOCALE/I (impresa funebre)
* sez. C2 – VARIAZIONE “CASA FUNERARIA”
* sez. C4 – VARIAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO

**SEGNALA LA SEGUENTE OPERAZIONE:**

sez. A3 – GESTIONE “CASA DEL COMMIATO”

sez. B3 – APERTURA PER SUBENTRO GESTIONE “CASA DEL COMMIATO”

sez. C3 – VARIAZIONE “CASA DEL COMMIATO”

# Sezione A – APERTURA NUOVO ESERCIZIO (impresa funebre)

#### INDIRIZZO DELL’ESERCIZIO

Comune di

C.A.P.

Via Identificazione del direttore tecnico:

N.

Cognome Nome

**Sezione A1 – APERTURA ULTERIORE/I UNITÀ LOCALE/I**

**(impresa funebre)**

INDIRIZZO DI ULTERIORI UNITÀ LOCALI

1. Comune di C.A.P. Via N.
2. Comune di C.A.P. Via N.
3. Comune di C.A.P. Via N.
4. Comune di C.A.P. Via N.

**Sezione A2 – GESTIONE “CASA FUNERARIA”**

INDIRIZZO DELLA “CASA FUNERARIA”

Comune di C.A.P. Via N.

**Sezione A3 – GESTIONE “CASA DEL COMMIATO” (COMUNICAZIONE)**

INDIRIZZO DELLA “CASA DEL COMMIATO”

Comune di C.A.P. Via N.

**Sezione B – APERTURA PER SUBENTRO IN ESERCIZIO ESISTENTE**

**(impresa funebre)**

INDIRIZZO DELL’ESERCIZIO

Comune di

* + 1.

Via N.

**SUBENTRO ALL’IMPRESA**:

denominazione C.F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### In possesso di (specificare titolo autorizzatorio):

* + - * autorizzazione n. del

**MOTIVO DEL SUBENTRO**

* + - * compravendita  risoluzione contratto
			* affitto d’azienda  successione mortis causa  compila il quadro Autocertificazione

#### donazione  scadenza contratto

* + - * altro specificare …………………………………….

Stipulato/autenticato in data con decorrenza presso il notaio con sede a

(A norma dell’art. 2556 c.c. i contratti di trasferimento di proprietà o gestione di un’azienda artigianale/commerciale sono stipulati o autenticati presso un notaio.)

#### Identificazione del direttore tecnico:

Cognome Nome

**Sezione B1 – APERTURA PER SUBENTRO ULTERIORE/I UNITÀ LOCALE/I**

**(impresa funebre)**

INDIRIZZO ULTERIORI UNITÀ LOCALI

1. Comune di C.A.P. Via N.
2. Comune di C.A.P. . Via N.
3. Comune di C.A.P. Via N.
4. Comune di C.A.P. Via N.

**Sezione B2 – APERTURA PER SUBENTRO GESTIONE “CASA FUNERARIA”**

INDIRIZZO DELLA “CASA FUNERARIA”

Comune di C.A.P. Via N.

**Sezione B3 –**

**COMMIATO”**

**APERTURA PER**

**SUBENTRO GESTIONE “CASA DEL**

INDIRIZZO DELLA “CASA DEL COMMIATO”

Comune di C.A.P. Via N.

**Sezione C – TRASFERIMENTO SEDE PRINCIPALE (IMPRESA FUNEBRE)**

ESERCIZIO ESISTENTE

Comune di C.A.P. Via N.

**SUBIRA’ LA SEGUENTE VARIAZIONE:**

trasferimento sede dell’esercizio in:

Comune di C.A.P. Via N.

# Sezione C1 – VARIAZIONE ULTERIORE/I UNITÀ LOCALE/I (IMPRESA FUNEBRE)

#### UNITÀ LOCALE/I ESISTENTE/I

1. Comune di C.A.P.

Via N.

1. Comune di C.A.P.

Via N.

1. Comune di C.A.P.

Via N.

1. Comune di C.A.P.

Via N.

**SUBIRÀ LA SEGUENTE VARIAZIONE:**

trasferimento unità locale/i in:

1. Comune di C.A.P.

Via N.

1. Comune di C.A.P.

Via N.

1. Comune di C.A.P.

Via N.

1. Comune di C.A.P.

Via N.

**Sezione C2 – VARIAZIONE “CASA FUNERARIA”**

“CASA FUNERARIA” ESISTENTE

Comune di

C.A.P.

Via N.

**SUBIRA’ LA SEGUENTE VARIAZIONE:**

trasferimento della “casa funeraria” in:

Comune di

* + 1.

Via N.

**Sezione C3 – VARIAZIONE “CASA DEL COMMIATO”**

“CASA DEL COMMIATO” ESISTENTE

Comune di C.A.P. Via N.

**SUBIRA’ LA SEGUENTE VARIAZIONE:**

trasferimento della “casa del commiato” in:

Comune di C.A.P. Via N.

**Sezione C4 – VARIAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO**

Il Sig. viene designato nuovo direttore tecnico in sostituzione del Sig.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI TRASMESSI ANCHE:**

* **Allegato 1** - QUADRO AUTOCERTIFICAZIONI (da allegare sempre)
* **Allegato 2** - DICHIARAZIONE DIRETTORE TECNICO
* **Allegato 3** - DICHIARAZIONE AMMINISTRATORI E SOCI (per le società)

Ai sensi dell’art. 6 comma 1 e dell’art. 45 comma 2 del D. Lgs. 82/2005, elegge come proprio domicilio informatico il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) al quale verranno inviate tutte le comunicazioni riguardanti la presente SCIA:

 @

Data ………………………… Firma …………………………………………

**Allegato 1**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

**ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. N. 445/2000 (***autocertificazione***)**



* **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 28/12/2000, n. 445, nonché la decadenza dei benefici prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell’art.75, del medesimo decreto;**
* **consapevole inoltre che, dove il fatto non costituisca più grave reato, chiunque, nelle dichiarazioni o attestazioni o asseverazioni che corredano la segnalazione di inizio attività, dichiara o attesta falsamente l’esistenza dei requisiti o dei presupposti di cui al comma 1 dell’art. 19, legge 241/90, è punito con la reclusione da uno a tre anni;**

# D I C H I A R A:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

* di essere in possesso dei requisiti morali (art. 71 del D.L. vo n° 59 del 26.03.2010);
* che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 67 del D. Lgs. 6.09.2011, n° 159” **(antimafia);**
* che si impegna alla pubblicizzazione all’interno della sede dei propri servizi e delle relative tariffe;
* che l’attività viene svolta nel pieno rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 81/2008 e dall’ulteriore normativa inerente la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
* di essere consapevole che il proprietario del mezzo di trasporto funebre deve predisporre un piano di autocontrollo, a disposizione degli organi di vigilanza, ed annotare su apposito registro costantemente aggiornato il luogo di ricovero per la pulizia e la sanificazione di tutte le operazioni effettuate;
* che ciascuna sede operativa dell’impresa dispone di adeguati locali per la trattazione degli adempimenti amministrativi e il conferimento degli incarichi nel rispetto della riservatezza degli utenti e per le operazioni di vendita di casse ed altri articoli funebri in occasione del funerale, rapportati al volume di attività;
* che l’attività è svolta nel rispetto delle norme di pubblica sicurezza e che i locali sono adibiti in modo esclusivo all’attività funebre;
* di essere consapevole che l’attività funebre è incompatibile con la gestione del servizio cimiteriale e del servizio obitoriale;.

**DICHIARA INOLTRE:**

|  |
| --- |
| Da compilare per le sezioni A, B, C*RELATIVAMENTE AI LOCALI SEDE DELL’ESERCIZIO** che il proprietario dei locali è il Sig. nome cognome \_ C.F. \_
 |
| * che i locali così come rappresentati **nell’allegata planimetria in scala 1:100** indicante la ripartizione tecnico funzionale degli spazi, comprese le vie di entrata e di uscita, sono così censiti al NCEU:
 |
| **dati catastali** | categoria | classe | sezione | foglio | mappale | subalterno |
| * che sono conformi alla normativa vigente in materia urbanistico-edilizia, igienico sanitaria, ambientale, di prevenzione e sicurezza per l’utilizzazione richiesta;
* che sono stati rispettati i regolamenti locali di polizia urbana ed annonaria;
* che l’ultimo intervento edilizio è stato realizzato in conformità al seguente titolo edilizio:
	+ Concessione  Autorizzazione edilizia  Permesso a costruire
	+ DIA-dichiarazione inizio attività  SCIA-Segnalazione Certificata Inizio Attività  Comunicazione attività libera

**Nr. SPEC. O PROT. \_\_ del \_ \_**(precisare obbligatoriamente gli estremi e la tipologia dell’atto abitativo)* che gli immobili sono agibili a seguito del rilascio del certificato di Agibilità n. del \_
* che i locali sono situati in un fabbricato costruito antecedentemente alle attuali norme in materia di agibilità in vigore nel comune e non hanno subito nel corso del tempo alcuna modificazione tale da richiedere il rilascio di un nuovo Certificato di agibilità. Anno di costruzione
* allega asseverazione di agibilità a firma di tecnico abilitato, corredata dai relativi elaborati tecnici
 |

*RELATIVAMENTE ALLA PREVENZIONE INCENDI PER I LOCALI ADIBITI A RIMESSA*

Il sottoscritto dichiara di:

* presentare la documentazione relativa alla prevenzione incendi contestualmente alla presente
* essere in possesso di Certificato di Prevenzione Incendi, prot. n.\_ n° fascicolo \_del rilasciato dal Comando provinciale dei Vigili del Fuoco di\_ \_ \_ con scadenza il \_
* essere già in possesso della valutazione di conformità del progetto rilasciata dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di \_ in data \_
* che l’attività esercitata non ricade tra quelle previste nell’Allegato I del D.P.R. 151/2011
* impegnarsi a presentare la SCIA per la prevenzione incendi prima del collaudo

Ulteriori dichiarazioni

## DICHIARA ALTRESÌ:

* + - * *DI AVERE LA DISPONIBILITÀ DI:*
			* mezzi, risorse e organizzazione adeguati allo svolgimento dell’attività;
			* autorimessa idonea dal punto di vista sanitario, attrezzata per le operazioni di pulizia e sanificazione e per il ricovero di almeno un carro funebre sita in Via/Viale/Piazza n°\_ in possesso di Attestato d’idoneità igienico-sanitaria rilasciato dall’AULSS di \_ \_ in data \_ \_ n. \_
			* almeno un mezzo di trasporto funebre attrezzato con idonei sistemi che impediscano lo spostamento del feretro durante il trasporto nonché dotato di un comparto destinato al feretro, nettamente separato dal posto di guida, rivestito internamente di materiale lavabile e disinfettabile.

SPECIFICARE:

* + - * + numero mezzi di trasporto funebre a disposizione
				+ 1) targa mezzo di trasporto funebre \_

tipologia di disponibilità in (specificare se proprietà, leasing, affitto, comodato,altro)\_ in possesso di Attestato d’idoneità igienico-sanitaria rilasciato dall’AULSS di in data \_ n. \_ \_

* 1. targa mezzo di trasporto funebre \_

tipologia di disponibilità in (specificare se proprietà, leasing, affitto, comodato,altro)\_ in possesso di Attestato d’idoneità igienico-sanitaria rilasciato dall’AULSS di in data \_ n. \_ \_

* 1. targa mezzo di trasporto funebre \_

tipologia di disponibilità in (specificare se proprietà, leasing, affitto, comodato,altro)\_ in possesso di Attestato d’idoneità igienico-sanitaria rilasciato dall’AULSS di \_ in data \_ n. \_ \_

* 1. targa mezzo di trasporto funebre \_

tipologia di disponibilità in (specificare se proprietà, leasing, affitto, comodato,altro)\_ in possesso di Attestato d’idoneità igienico-sanitaria rilasciato dall’AULSS di \_ in data \_ \_ n. \_

N.B.: se i mezzi di trasporto funebre sono più di 4 specificare il numero di targa e la tipologia di disponibilità in un foglio aggiuntivo.

* *CHE PER L’ESERCIZIO DELL’ATTIVITÀ L’IMPRESA DISPONE IN MODO CONTINUATIVO DEL SEGUENTE PERSONALE (ALMENO QUATTRO OPERATORI FUNEBRI IN POSSESSO DEI REQUISITI FORMATIVI*

*OBBLIGATORI ED IN REGOLA CON LE VIGENTI NORME IN MATERIA DI LAVORO):*

* 1. Cognome e nome \_ nato/a a \_ il\_ Codice Fiscale \_ che è in possesso dei requisiti formativi richiesti in quanto ha sostenuto specifico corso formativo presso l’Ente di formazione\_ \_\_ attestato di frequenza n° \_
	2. Cognome e nome \_ nato/a a \_ il\_ Codice Fiscale \_ che è in possesso dei requisiti formativi richiesti in quanto ha sostenuto specifico corso formativo presso l’Ente di formazione\_ \_\_ attestato di frequenza n° \_
	3. Cognome e nome \_ nato/a a \_ il\_ Codice Fiscale \_ che è in possesso dei requisiti formativi richiesti in quanto ha sostenuto specifico corso formativo presso l’Ente di formazione\_ \_\_ attestato di frequenza n° \_
	4. Cognome e nome \_ nato/a a \_ il\_ Codice Fiscale \_ che è in possesso dei requisiti formativi richiesti in quanto ha sostenuto specifico corso formativo presso l’Ente di formazione\_ \_\_ attestato di frequenza n° \_

N.B.: se l’impresa dispone di più di 4 operatori inserire i dati in un ulteriore foglio aggiuntivo.

**(Da compilare soltanto se l’impresa non possiede il contingente minimo di personale)**

* *DI FARE RICORSO, QUANTO AL RAGGIUNGIMENTO DEL CONTINGENTE MINIMO DI PERSONALE, A:*
* consorzio con attività esterna di cui all’art. 2602 e seguenti del Codice Civile
* società consortile, ai sensi dell’art. 2615 ter e seguenti del Codice Civile
* impresa di onoranze funebri con la stipulazione di un regolare contratto scritto: Ragione/Denominazione

sociale\_ \_ sede \_ \_ C.F./P. IVA \_

* che il consorzio/ società consortile/ impresa di onoranze funebri garantisce le risorse umane in via continuativa e per tutto l’arco temporale dell’anno l’assolvimento dei requisiti inerenti il contingente minimo di personale

**(Da compilare soltanto se l’attività esercitata comprende anche la gestione della casa funeraria)**

* *CHE AI FINI DELLA GESTIONE DELLA “CASA FUNERARIA” DICHIARA:*
* che la gestione della casa funeraria avviene in locali con destinazione d’uso esclusiva e distinti e separati da quelli destinati all’attività funebre;
* che i locali rispondono ai requisiti minimi di igiene e sanità pubblica
* che il locale destinato all’accoglimento e osservazione del cadavere è accessibile direttamente dall’esterno ed è dotato di apparecchiature di rilevazione e segnalazione a distanza per la sorveglianza del cadavere anche ai fini del rilevamento di eventuali manifestazioni di vita;
* che è garantita la presenza di operatori nella struttura per un periodo di 12 ore nei giorni feriali e di 8 nei giorni prefestivi e festivi;
* di essere consapevole che le procedure relative alle attività svolte all’interno delle casa funeraria devono essere formalmente predisposte e regolamentate nonché messe a disposizione degli utenti;
* che la gestione è conforme al regolamento comunale di polizia mortuarie e, comunque, è rispetta la distanza minima di 50 m. dalle strutture sanitarie pubbliche e private, dai cimiteri e dai crematori.

**(Da compilare soltanto se l’attività esercitata comprende anche la gestione della casa del commiato)**

* *CHE AI FINI DELLA GESTIONE DELLA “CASA DEL COMMIATO” DICHIARA:*
* che la gestione della casa del commiato avviene in locali con destinazione d’uso esclusiva, distinti e separati da quelli destinati all’attività funebre;
* che i locali rispondono ai requisiti di igiene e sanità pubblica;
* che la gestione è conforme al regolamento comunale di polizia mortuaria e, comunque, è rispettata la distanza minima di 50 m. dalle strutture sanitarie pubbliche e private in quanto la casa del commiato non è ubicata all’interno di una struttura sanitaria o socio assistenziale.

|  |
| --- |
| **Da compilare per la sezione B***RELATIVAMENTE ALLA SUCCESSIONE EREDITARIA/TESTAMENTARIA:* |
| data di decesso del titolare |  |
| **che gli eredi o legatari sono:** |
| cognome | nome | luogo di nascita | data di nascita |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data FIRMA

 \_

**ALLEGA**:

pianta planimetrica in scala 1:100, redatta e firmata da tecnico abilitato, indicante la ripartizione tecnico funzionale degli spazi, comprese le vie di entrata e di uscita relativa allo stato dei locali utilizzati per l’attività, completa di layout aziendale e delle attrezzature ed apparecchiature in uso (inclusi i locali destinati alla gestione della casa funeraria e/o della casa del commiato qualora presenti, nonché quelli adibiti ad autorimessa se l’impresa provvede in proprio al trasporto funebre);

fotocopia del documento di identità in corso di validità dal sottoscrittore;

per i cittadini extracomunitari copia del permesso di soggiorno in corso di validità (se il permesso scade entro 30 giorni, copia della ricevuta della richiesta di rinnovo);

Attestato di frequenza ai corsi di formazione del personale relativi a tutti gli operatori funebri.

**Allegato 2**

**DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO RESPONSABILE DELLA CONDUZIONE DELL’ATTIVITÀ FUNEBRE**

\_l\_ sottoscritt\_ nat\_ a il e residente a Prov. CAP Via/Piazza n. C.F.

***Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del Testo Unico n. 445/2000 e dell’art. 19, comma 6 della legge n. 241/90.***

# DICHIARA:

###### Di esercitare l’attività direttiva, in qualità di:

* titolare dell’impresa individuale  rappresentante legale della società
* incardinato nell’impresa in qualità di (specificare la tipologia di rapporto contrattuale) \_ \_
* Di essere in possesso dei requisiti formativi richiesti in quanto ha sostenuto specifico corso formativo presso l’Ente di formazione\_ attestato di frequenza n. \_\_

###### Data

FIRMA

**Allega:** - fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante (in corso di validità);

- Attestato di frequenza ai corsi di formazione del personale.

**Allegato 3**

**DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL’ART. 2 D.P.R. 252/1998**

*(Ad esclusione di chi ha compilato il* QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE***,*** *devono compilare questo quadro: tutti gli altri componenti il Consiglio di Amministrazione in caso di SRL e SPA; tutti gli altri soci in caso di SNC; gli altri soci accomandatari in caso di SAS- Nel caso i soci siano più di 3, duplicare il presente allegato)*

Cognome \_ Nome \_ C.F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data di nascita \_ / \_/ \_ Cittadinanza Sesso: M  F 

Luogo di nascita: Stato \_ Provincia **Comune \_**

Residenza: Provincia **Comune \_ \_**

Via o .... \_ \_ \_ n. C.A.P. \_ in qualità di \_ \_ della società (indicare la carica posseduta)

DICHIARA

**ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. N. 445/2000 (***autocertificazione***)**

- che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui di cui all’art. 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159” (antimafia).

**Il sottoscritto è 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 28/12/2000, n. 445, nonché la decadenza dei benefici prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell’art.75, del medesimo decreto.**

DATA \_ FIRMA leggibile \_ (Allegare la fotocopia del doc. di identità)

Cognome Nome C.F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data di nascita \_ / \_/ \_ Cittadinanza Sesso: M  F 

Luogo di nascita: Stato \_ Provincia **Comune \_**

Residenza: Provincia **Comune \_ \_**

Via o .... \_ \_ \_ n. C.A.P. \_ in qualità di \_ \_ della società (indicare la carica posseduta)

DICHIARA

**ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. N. 445/2000 (***autocertificazione***)**

- che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui a di cui all’art. 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159” (antimafia).

**Il sottoscritto è 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 28/12/2000, n. 445, nonché la decadenza dei benefici prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell’art.75, del medesimo decreto.**

DATA \_ FIRMA leggibile, \_ (Allegare la fotocopia del doc. di identità)

Cognome \_ Nome \_ C.F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data di nascita \_ / \_/ \_ Cittadinanza Sesso: M  F 

Luogo di nascita: Stato \_ Provincia **Comune \_**

Residenza: Provincia **Comune \_ \_**

Via o .... \_ \_ \_ n. C.A.P. \_ in qualità di \_ \_ della società (indicare la carica posseduta)

DICHIARA

**ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. N. 445/2000 (***autocertificazione***)**

- che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159” (antimafia).

**Il sottoscritto è 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 28/12/2000, n. 445, nonché la decadenza dei benefici prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell’art.75, del medesimo decreto.**

DATA \_ FIRMA leggibile, \_ (Allegare la fotocopia del doc. di identità)