

**Amministrazione destinataria**

Comune di Casirate d'Adda

Ufficio destinatario

Ufficio SUAP

Comunicazione di cambio di ragione sociale dell'atto di registrazione*Ai sensi del Regolamento Comunitario 12/01/2005, n. 183/2005***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 |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | | |
| | | | | | | | | | |
| in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i> | | | | | | | | | |
| Ruolo | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Denominazione/Ragione sociale | | | | | Tipologia | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Sede legale | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Codice Fiscale | | | | | Partita IVA | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Telefono | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | | | | Provincia | Numero Iscrizione | | | | |
| | | | | | | | | | |

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**

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

con stabilimento sito in

| | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|--------------------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Ulteriori immobili oggetto del procedimento <i>(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")</i> | | | | | | | | | |
| il procedimento riguarda | | | ulteriori immobili | | | | | | |

COMUNICA

la voltura dell'atto di riconoscimento dello stabilimento da

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|-----------|--|--|-------------|---------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Denominazione/Ragione sociale | | | | | Tipologia | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Sede legale | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Codice fiscale | | | | | Partita IVA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------------|------------------|-------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | documentazione attestante il cambio di ragione sociale |
| <input type="checkbox"/> | ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria (da allegare se previsti) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ricevuta dei diritti sanitari |
| <input type="checkbox"/> | ulteriori immobili oggetto del procedimento |
| <input type="checkbox"/> | copia del permesso di soggiorno (da allegare in caso di cittadino extracomunitario) |
| <input type="checkbox"/> | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura |
| <input type="checkbox"/> | 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.

| | | |
|-----------------|------|----------------|
| Casirate d'Adda | | |
| Luogo | Data | il dichiarante |