

Amministrazione destinataria



Ufficio destinatario

**Segnalazione certificata di inizio, modifica o variazione dell'attività per attività  
funebre*****Ai sensi dell'articolo 2 del Regolamento Regionale 14/06/2022, n. 4*****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 collocata in**

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

(in caso di apertura di ulteriore sede operativa inserire la nuova sede operativa)

|                                                                                                                |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 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 (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento") |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
| il procedimento riguarda _____ ulteriori immobili _____                                                        |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
| Agibilità dei locali                                                                                           |           |           |        | Protocollo |            |           | Data                     |                          |     |
|                                                                                                                |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
| Insegna                                                                                                        |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
|                                                                                                                |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |

**SEGNALA**

|                          |                                                                                                               |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/>    | l'avvio dell'attività, riguardante:                                                                           |
| <input type="radio"/>    | l'avvio dell'attività di agenzia funebre                                                                      |
| <input type="radio"/>    | l'apertura di una ulteriore sede operativa secondaria                                                         |
| <input type="checkbox"/> | è prevista anche l'agenzia d'affari per disbrigo pratiche inerenti le onoranze funebri                        |
| <input type="checkbox"/> | è prevista anche il commercio in esercizio di vicinato di bare o altri articoli connessi all'attività funebre |
| <input type="radio"/>    | la modifica di una attività esistente, riguardante:                                                           |
| <input type="checkbox"/> | trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale                                        |
| <input type="checkbox"/> | ampliamento                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | riduzione                                                                                                     |
| <input type="radio"/>    | la variazione dell'attività, riguardante:                                                                     |
| <input type="radio"/>    | cambio di ragione sociale                                                                                     |
| <input type="radio"/>    | modifica dei soggetti titolari dei requisiti                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)                          |
| <input type="checkbox"/> | modifica del direttore tecnico o incaricato alla trattazione degli affari                                     |
| <input type="radio"/>    | subingresso                                                                                                   |
| <input type="radio"/>    | sospensione o ripresa dell'attività                                                                           |

**in precedenza avviata tramite**

|                                                                |                   |             |                            |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|----------------------------|
| <b>Titolo autorizzativo</b>                                    | <b>Protocollo</b> | <b>Data</b> | <b>Ente di riferimento</b> |
| <input type="radio"/> autorizzazione, concessione o nulla osta |                   |             |                            |
| <input type="radio"/> SCIA o comunicazione                     |                   |             |                            |
| <input type="radio"/> altro (specificare)                      |                   |             |                            |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- ☒ che nei propri confronti non sono state applicate con provvedimento definitivo una delle misure di prevenzione previste dal libro I, titoli I, capo II del Decreto Legislativo 06/09/2011 n. 159 (" *Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia* ")
- ☒ di non aver riportato condanne penali ostative allo svolgimento dell'attività e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi dell'articolo 11 e dell'articolo 92 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- ☒ di non essere incapace di obbligarsi ai sensi dell'articolo 131 del Regio Decreto 18/06/1931, n. 773
- ☒ che nei confronti della società non sono state presentate nell'ultimo quinquennio istanze di fallimento o ammissione a concordato preventivo
- ☒ di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività oggetto della

segnalazione (ad esempio autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, licenze di pubblico spettacolo, ecc.)

- ☒ che i locali ed i servizi igienici sono conformi alle caratteristiche dettate dalle normative in materia sanitaria, edilizia, urbanistica e ad ogni altra normativa e regolamentazione vigente
- ☒ di avere la disponibilità dei locali
- ☒ che l'edificio/i locali/l'area in cui si svolge l'attività ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'attività stessa
- ☒ che il servizio comprende ed assicura in forma congiunta le prestazioni di disbrigo delle pratiche amministrative inerenti il decesso, commercio di casse e altri articoli funebri e trasporto funebre
- ☒ di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità all'esercizio dell'attività funebre previste dell'articolo 74, comma 6, della L.R. 33/2009
- ☒ di essere in possesso dei requisiti morali di cui all'articolo 4, comma 2 del Regolamento Regionale 14/06/2022, n. 4
- ☒ di essere a conoscenza degli obblighi di correttezza e trasparenza previsti dall'articolo 6 del Regolamento Regionale 14/06/2022, n. 4, ed in particolare dell'obbligo di esporre nella sede destinata al disbrigo delle pratiche amministrative e in posizione ben visibile i prezzi relativi a tutti i prodotti e servizi offerti, di assicurare trasparenza e certezza dei costi finali da sostenere e di informare i clienti dell'eventuale avvalimento di un centro servizi
- ☐ che i carri funebri sono provvisti di libretto di idoneità rilasciato al titolare dell'impresa funebre dall'Agenzia di tutela della salute (ATS)
- ☐ di avere la disponibilità di una o più autorimesse adeguate al numero di carri funebri
- ☐ di essere a conoscenza che dovrà essere presentata nuova SCIA a seguito di risoluzione, variazione o rinnovo del contratto con un centro servizi

#### possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

(da compilare in caso di subingresso o modifica dei soggetti titolari dei requisiti)

##### Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- ☐ unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- ☐ oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modello "autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti")

#### AVVIO DELL'ATTIVITA' (AO)

##### Numero autofuneri (almeno una)

- ☐ 1 (una) fino al raggiungimento della soglia di 560 servizi all'anno
- ☐ 2 (due) ogniqualevolta si superi del venti per cento la soglia e fino al raggiungimento della soglia di 560 servizi all'anno

##### Possesso autofuneri

- ☐ attraverso la stipulazione, in via esclusiva, con un centro servizi di uno specifico contratto continuativo di appalto di servizi registrato presso la Camera di Commercio
- ☐ in possesso dell'impresa richiedente

##### Disponibilità operatori funebri in possesso dei requisiti formativi di cui all'Allegato I della Deliberazione della Giunta Regionale 21/01/2005, n. 7/20278

- ☐ 4 (quattro) necrofori fino al raggiungimento della soglia di 560 servizi all'anno
- ☐ 8 (otto) ogniqualevolta si superi del venti per cento la soglia e fino al raggiungimento della soglia di 560 servizi all'anno
- ☐ attraverso la stipulazione, in via esclusiva, con un centro servizi di uno specifico contratto continuativo di appalto di servizi registrato presso la Camera di Commercio
- ☐ attraverso regolare contratto di lavoro stipulato direttamente con l'operatore

##### Possesso rimessa

- ☐ attraverso la stipulazione, in via esclusiva, con un centro servizi di uno specifico contratto continuativo di appalto di servizi registrato presso la Camera di Commercio
- ☐ in possesso dell'impresa richiedente

| Titolo autorizzativo                                                         | Numero | Data | Ente di riferimento |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|------|---------------------|
| <input type="radio"/> autorizzazione                                         |        |      |                     |
| <input type="radio"/> SCIA/DIAP/comunicazione                                |        |      |                     |
| <input type="radio"/> altro (specificare indicando gli estremi, se previsti) |        |      |                     |

**collocazione rimessa**

|                                        |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
|----------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 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"/> |     |

**Classificazione**

- ☐ a cielo aperto
- ☐ al chiuso

**collocazione sede commerciale principale**

(da compilare in caso di apertura di una ulteriore sede commerciale)

|                                        |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
|----------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 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"/> |     |

**TRASFERIMENTO DELLA SEDE OPERATIVA ALL'INTERNO DEL TERRITORIO COMUNALE (A1) - collocazione precedente**

|                                        |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
|----------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 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"/> |     |

**MODIFICA LOCALI/IMPIANTI (A2)****Tipologia modifica**

- ☐ ampliamento attività oggetto della presente segnalazione
- ☐ riduzione attività oggetto della presente segnalazione

**Descrizione modifica (descrivere cosa comporta la modifica e la nuova distribuzione delle superfici)**

## SUBINGRESSO A - precedente intestatario

|                               |        |              |        |         |                         |       |       |                          |     |
|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------|-------------------------|-------|-------|--------------------------|-----|
| Denominazione/Ragione sociale |        |              |        |         | Tipologia               |       |       |                          |     |
|                               |        |              |        |         |                         |       |       |                          |     |
| Sede legale                   |        |              |        |         |                         |       |       |                          |     |
| Provincia                     | Comune | Indirizzo    | Civico | Barrato | Interno                 | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|                               |        |              |        |         |                         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Codice fiscale                |        |              |        |         | Partita IVA             |       |       |                          |     |
|                               |        |              |        |         |                         |       |       |                          |     |
| A far tempo dal giorno        |        | A seguito di |        |         | Specificare altre cause |       |       |                          |     |
|                               |        |              |        |         |                         |       |       |                          |     |
| Il subingresso avviene        |        |              |        |         | Data fine gestione      |       |       |                          |     |
|                               |        |              |        |         |                         |       |       |                          |     |

### DICHIARA inoltre

#### Modifiche locali/attività

- ☐ i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune e che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata
- ☐ i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita istanza

### SOSPENSIONE O RIPRESA DELL'ATTIVITÀ

#### Tipo istanza

- ☐ l'attività verrà sospesa

| Data inizio sospensione | Data fine sospensione | Motivazione |
|-------------------------|-----------------------|-------------|
|                         |                       |             |

- ☐ l'attività precedentemente sospesa verrà ripresa

| Data inizio sospensione | Data ripresa |
|-------------------------|--------------|
|                         |              |

### CAMBIO DELLA REGIONE SOCIALE

#### Precedente ragione sociale

#### Nuova ragione sociale

### MODIFICA DEI SOGGETTI TITOLARI DEI REQUISITI

#### Soggetti che cessano la titolarità dei requisiti

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---------|------|----------------|
|         |      |                |
|         |      |                |
|         |      |                |

#### Nuovi soggetti titolari dei requisiti morali (\*)

| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|---------|------|----------------|
|         |      |                |
|         |      |                |
|         |      |                |

(\*) ciascuno dei soggetti indicati deve compilare e sottoscrivere la relativa autocertificazione di possesso dei requisiti morali.

☐ referente per la pratica

|                    |                |                               |
|--------------------|----------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale                |
|                    |                |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita              |
|                    |                |                               |
| 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)*

- ☐ n° autocertificazione dei requisiti morali di altri soggetti
- ☒ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del direttore tecnico o incaricato alla trattazione degli affari
- ☐ autocertificazione di disponibilità degli operatori funebri
- ☐ copia dell'atto di cessione o dichiarazione notarile o dichiarazione sostitutiva degli eredi in caso di subentro mortis causa
- ☐ copia di uno specifico contratto continuativo di appalto di servizi registrato con un centro servizi
- ☒ copia del prezzario delle forniture e delle prestazioni rese
- ☐ elenco, tipologia e copia dei libretti di idoneità delle autofunebri utilizzate
- ☐ planimetria dei locali in scala non inferiore a 1:100 indicando anche, per ogni locale, destinazione d'uso, superficie, altezza, operazioni che vi si svolgono
- ☐ comunicazione per l'esercizio dell'attività delle agenzie d'affari di competenza del Comune
- ☐ segnalazione certificata di inizio attività per l'esercizio di vicinato
- ☐ 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.

|       |      |                |
|-------|------|----------------|
|       |      |                |
| Luogo | Data | il dichiarante |