

COMUNE DI
RICCIONE



AL COMUNE DI RICCIONE
SPORTELLINO UNICO PER LE ATTIVITÀ PRODUTTIVE
VIALE SAN MARTINO, 51
47838 RICCIONE (RN)
PEC: suap.riccione@legalmail.it

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ
- Studio Professionale Pilates e Osteopatia -

...I... sottoscritt... .., nat... a
prov. il...../...../....., residente in.....
prov. via n. int.
cittadino., Cod. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
tel., fax, e-mail @

in qualità di:

titolare impresa individuale

legale rappresentante della società

con

sede legale in prov. via

.....n. int.tel

fax, e-mail @

Cod. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della legge n. 241/1990 e successive integrazioni e modificazioni.

SEGNALA L'INIZIO ATTIVITÀ DI

RIQUADRO A

Studio Professionale Pilates e Osteopatia all'insegna " _____ "

SUPERFICIE DI ATTIVITÀ 'mq. _____

Ubicato in

N. _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, rende le seguenti "dichiarazioni sostitutive di certificazioni e/o sostitutive dell'atto di notorietà" (artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000):

D I C H I A R A

- di avere la disponibilità del sopraindicato locale, da destinare a sede dell'attività di Studio Professionale Pilates e Osteopatia, in qualità di:

PROPRIETARIO;

LOCATARIO;

ALTRO (specificare) _____

e che lo stesso è conforme alle norme in materia urbanistica, edilizie ed igienico-sanitarie, antinfortunistica, antincendio e di destinazione d'uso vigenti in materia ai fini dello svolgimento dell'attività in questione,

Che non sussistono nei propri confronti e, in caso di Società, nei confronti della suddetta Società, cause di divieto, sospensione o decadenza di cui all'Art. 67 del D.Lgs. N.159 del 6/9/2011 (Antimafia), (in caso di Società, tutte le altre persone di cui al DPR n. 252/98, compilano l'**ALLEGATO LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I**);

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 85, comma 3, del citato D.Lgs: 159/2011, DICHIARO inoltre:

Di NON avere familiari conviventi;

Che i propri familiari conviventi sono i seguenti:

Dati anagrafici delle persone conviventi:

Nome e cognome

Data e luogo di nascita

- | | |
|----|-------|
| 1) | _____ |
| 2) | _____ |
| 3) | _____ |
| 4) | _____ |
| 5) | _____ |
| 6) | _____ |

- di non aver riportato una condanna a pena restrittiva della libertà personale superiore a tre anni per delitto non colposo senza aver ottenuto la riabilitazione (Art. 11 del TULPS);

- di non essere sottoposto a sorveglianza speciale o a misura di sicurezza personale nonché di non essere stato dichiarato delinquente abituale, professionale o per tendenza (art. 11 TULPS);

- di non aver riportato condanna per delitti contro la personalità dello Stato o contro l'ordine pubblico, ovvero per delitti contro le persone commessi con violenza, o per furto, rapina, estorsione, sequestro di persona a scopo di rapina o di estorsione, o per violenza e resistenza all'Autorità e di godere di buona condotta;

- di non essere stato condannato per reati contro la moralità pubblica ed il buon costume o contro la sanità pubblica o per giochi d'azzardo, o per delitti commessi in stato di ubriachezza o per contravvenzioni concernenti la prevenzione dell'alcolismo, per infrazioni alla legge sul lotto o per abuso di sostanze stupefacenti;

- di non essere stato dichiarato fallito senza aver ottenuto la riabilitazione; di non essere stato interdetto o inabilitato;

Quale istruttore responsabile dell'applicazione dei programmi dell'attività, di essere in possesso di:

- Titolo abilitante di Terapista della Riabilitazione/Fisioterapista;
- Altri titoli (specificare e allegare copia) _____;

Di aver nominato, in qualità di istruttore responsabile dell'applicazione dei programmi da attuarsi nello studio di cui al riquadro A, il Sig./ra: _____
nato a _____ il _____ residente a _____
_____ in Via _____ N. _____
che ha compilato l'atto di accettazione di nomina (vedi allegato).

Ai soli fini della presente segnalazione, ai sensi dell'art.4 del D.P.R. n.227/2011 (*semplificazione della documentazione di impatto acustico*)

D I C H I A R A

- Di **NON UTILIZZARE**, impianti di diffusione sonora ovvero di non svolgere manifestazioni ed eventi con diffusione di musica o utilizzo di strumenti musicali;
- Di **UTILIZZARE**, impianti di diffusione sonora ovvero di svolgere manifestazioni ed eventi con diffusione di musica o utilizzo di strumenti musicali;

Se si utilizzano impianti di diffusione sonora ovvero si svolgono manifestazioni ed eventi occorre allegare DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' del TECNICO COMPETENTE IN ACUSTICA.

Autocertificazione in materia di prevenzione incendi

Che lo Studio Professionale Pilates e Osteopatia di cui al riquadro A:

- Non è soggetto** ai controlli di prevenzione incendi in quanto ha una capienza inferiore a 100 persone e una superficie lorda in pianta al chiuso inferiore a 200 mq.;
- E' soggetto** ai controlli di prevenzione incendi in quanto individuata al **punto n.65 – Categoria: B** (locali con capienza superiore a 100 persone, ovvero di superficie lorda in pianta al chiuso superiore a 200 mq.) - **C** (locali con capienza superiore a 200 persone) – e quindi correda la presente segnalazione con l'apposita S.C.I.A. in materia di prevenzione incendi (mod. PIN 2 SCIA prevenzione incendi) ai sensi dell'art.4, comma 1, del D.P.R. n. 151/2011.

Recapito a cui effettuare ogni necessaria comunicazione

Associazione/Sig. _____

Tel. _____ E-mail _____

Data _____ Firma _____

NB: Se trasmessa tramite PEC occorre utilizzare firma digitale

ALLEGATI:

1. *Copia fotostatica di un documento di identità quando la sottoscrizione non è apposta in presenza del dipendente comunale incaricato al ricevimento dell'istanza;*
2. *Copia del titolo abilitante di Terapista della Riabilitazione/Fisioterapista e degli altri titoli conseguiti;*
3. *In caso di Società, copia dell'atto costitutivo della stessa regolarmente registrato con firme autenticate dal notaio, ovvero atto sostitutivo di notorietà relativo all'attuale assetto societario;*
4. *Documento comprovante la disponibilità dei locali;*
5. *Planimetria dei locali in scala 1:100 (con data non anteriore di tre mesi rispetto a quella di presentazione della segnalazione) firmata da un tecnico abilitato ed atta alla completa rappresentazione delle caratteristiche strutturali e funzionali (dimensioni, destinazione d'uso e suddivisione in settori dei locali, posizionamento di impianti tecnologici e rapporti aeranti) di tutti i locali dell'esercizio;*
6. *Permesso di soggiorno o carta di soggiorno (ai fini dell'autocertificazione è richiesto il numero di permesso, l'Autorità che l'ha rilasciato, la data di rilascio, la data di scadenza ed il motivo del rilascio) nel caso in cui il titolare dell'impresa e/o il rappresentante siano cittadini stranieri;*

Note:

Il riscontro diretto dell'ufficio, attestato da timbro di avvenuto ricevimento da parte dell'ufficio Protocollo del Comune di Riccione o dalla ricevuta di consegna nel caso di spedizione tramite PEC all'indirizzo: suap.riccione@legalmail.it, costituisce comunicazione di avvio del procedimento amministrativo previsto dall'art.7 della Legge N. 241/90 e sue successive modificazioni ed integrazioni, con i medesimi effetti giuridici. Se la segnalazione è completa degli elementi previsti l'attività oggetto della stessa può essere iniziata dalla data di presentazione.

Il termine di conclusione del procedimento (60 gg.) decorre dal ricevimento della segnalazione regolare e completa.

Una copia della presente Segnalazione, con attestato di presentazione presso questo Comune, dovrà essere tenuta esposta nel locale.

L'Amministrazione, in caso di accertata carenza dei requisiti previsti ovvero in caso di dichiarazioni sostitutive di certificazione dell'atto di notorietà false o mendaci, ferma restando l'applicazione delle sanzioni penali nonché di quelle di cui al capo VI del DPR 445/2000 nel termine di 60gg. Dal ricevimento della segnalazione, adotta motivati provvedimenti di divieto di prosecuzione dell'attività e di rimozione degli eventuali effetti dannosi di essa, salvo che, ove ciò sia possibile, l'interessato provveda a conformare alla normativa vigente detta attività ed i suoi effetti entro un termine fissato dall'Amministrazione, in ogni caso non inferiore a 30 gg.. E' fatto comunque salvo il potere dell'Amministrazione di assumere determinazioni in via di autotutela ai sensi degli artt. 21 quinquies e 21 nonies della L. 241/1990.

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 d.lgs. 196/2003 "Codice sulla protezione dei dati personali", i dati raccolti saranno trattati sia manualmente che con strumenti informatici, esclusivamente e limitatamente all'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente segnalazione.

Il Responsabile del SUAP è l'Arch. Foschi Vittorio

Il recapito dell'ufficio al quale rivolgersi è il Servizio SUAP – Viale San Martino, 51 - Tel. 0541-426011- 426026 / Fax 0541 426010

ALLEGATO – ACCETTAZIONE DELLA NOMINA DI ISTRUTTORE RESPONSABILE

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ cittadino _____
_____ Codice Fiscale _____
_____ residente a _____ in Via _____
_____ n. _____ tel _____ E-mail/PEC _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. suddetto,

DICHIARA

-Di accettare la nomina di istruttore responsabile che mi è stata conferita dal Sig. _____
_____ relativamente allo Studio Professionale Pilates e
Osteopatia denominato _____ ubicato in
Via _____ N. _____.

-Di essere in possesso di:

- Titolo abilitante di Terapista della Riabilitazione/Fisioterapista;
- Altri titoli (specificare e allegare copia) _____

-Di assumere la responsabilità dell'applicazione dei programmi attuati nello studio;
-Che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del
D.Lgs. n.159 del 6/9/2011 (ANTIMAFIA).

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

NB: Se trasmessa tramite PEC occorre utilizzare firma digitale

Allegare copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità

ALLEGATO – ATTO NOTORIO DEL TECNICO COMPETENTE IN ACUSTICA

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ cittadino _____
_____ Codice Fiscale _____
_____ residente a _____ in Via _____
_____ n. _____ tel. _____ E-mail/PEC _____

In qualità di **Tecnico competente in acustica ambientale**, incaricato dall'impresa:

_____ esercente l'attività di _____

in Via _____ N. _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. suddetto,

D I C H I A R A

- Che nell'esercizio dell'attività segnalata da parte della suddetta impresa **Non vengono superati** i limiti stabiliti dal Piano Comunale di classificazione acustica approvato con delibera di C.C. N.27 del 12/04/2007;
- Che nell'esercizio dell'attività segnalata da parte della suddetta impresa **vengono superati** i limiti stabiliti dal Piano Comunale di classificazione acustica approvato con delibera di C.C. N.27 del 12/04/2007

(N.B.: In tal caso occorre **presentare** in allegato la **documentazione prescritta dall'art.8 c.6 L.447/95** predisposta da un tecnico competente in acustica ambientale.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

NB: Se trasmessa tramite PEC occorre utilizzare firma digitale

Allegare copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità

ALLEGATO LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I

DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R. N. 252/1998 RELATIVE AL POSSESSO DEI REQUISITI MORALI

(Il presente modello deve essere compilato da ciascuno dei soggetti tenuti alla dichiarazione)

Nel caso di Società, la dichiarazione per l'accertamento antimafia va compilata e sottoscritta anche da: SNC tutti i soci – SAS il/i socio/i accomandatario/i – SPA e SRL l'amministratore unico oppure il presidente ed i vari consiglieri.

Cognome _____	Nome _____
Codice Fiscale _____	cittadinanza _____
Luogo e data di nascita _____	
Residente a _____	in Via _____
Codice Fiscale _____	in qualità di _____
Della Società _____	con sede a _____ in
Via _____	
Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR suddetto,	
DICHIARA	
Che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n.159 del 6/9/2011(antimafia).	
Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.	
Data _____	FIRMA _____
<i>Allegati:</i> - Fotocopia documento identità; - Per i cittadini stranieri: Copia del permesso di soggiorno in corso di validità	

Cognome _____	Nome _____
Codice Fiscale _____	cittadinanza _____
Luogo e data di nascita _____	
Residente a _____	in Via _____
Codice Fiscale _____	in qualità di _____
Della Società _____	con sede a _____ in
Via _____	
Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR suddetto,	
DICHIARA	
Che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n.159 del 6/9/2011(antimafia).	
Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.	
Data _____	FIRMA _____
<i>Allegati:</i> - Fotocopia documento identità; - Per i cittadini stranieri: Copia del permesso di soggiorno in corso di validità	