



Amministrazione destinataria

Comune di Gorle

Ufficio destinatario

Comunicazione di ripresa dell'attività

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 di

Attività svolta

con sede operativa in

(da non compilare in caso di vendita per corrispondenza, televisione e altri sistemi di comunicazione)

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
							☐		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")
il procedimento riguarda _____ ulteriori immobili

☐ con eventuale magazzino in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
							☐		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

COMUNICA

la ripresa dell'attività precedentemente sospesa

Data sospensione

Data di ripresa dell'attività

tipo attività

Tipo attività

- ☐ acconciatore
- ☐ agenzia d'affari
- ☐ agenzia di viaggi e turismo
- ☐ autorimessa
- ☐ autoriparatore
 - ☐ meccatronica
 - ☐ carrozzeria
 - ☐ gommista
- ☐ autoscuola
- ☐ commercio all'ingrosso
- ☐ commercio in spacci interni
- ☐ esercizio di vicinato
- ☐ estetista
- ☐ facchinaggio
- ☐ grande struttura di vendita
- ☐ impresa di pulizie, disinfezione, disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione
 - ☐ pulizia
 - ☐ disinfezione
 - ☐ disinfestazione
 - ☐ derattizzazione
 - ☐ sanificazione
- ☐ media struttura di vendita
- ☐ panificazione
- ☐ somministrazione di alimenti e bevande presso bar, ristoranti e altri esercizi di somministrazione di alimenti e bevande in zone tutelate
- ☐ somministrazione di alimenti e bevande presso bar, ristoranti e altri esercizi di somministrazione di alimenti e bevande in

	zone non tutelate
☐	somministrazione di alimenti e bevande presso bar, ristoranti e altri esercizi di somministrazione di alimenti e bevande in esercizi posti nelle aree di servizio delle autostrade e strade extraurbane principali, nei mezzi di trasporto pubblico e nelle stazioni
☐	somministrazione di alimenti e bevande presso circoli privati
☐	somministrazione di alimenti e bevande presso il domicilio del consumatore
☐	somministrazione di alimenti e bevande presso mense aziendali
☐	nella sede operativa è presente una cucina dove la ditta opera
☐	non è presente una cucina, trattasi di punto di distribuzione di pasti confezionati
☐	somministrazione di alimenti e bevande presso scuole, negli ospedali, nelle comunità religiose, in stabilimenti militari o nei mezzi di trasporto
☐	somministrazione di alimenti e bevande svolta congiuntamente ad altra attività
☐	struttura ricettiva alberghiera
☐	con somministrazione di alimenti e bevande ai soli alloggiati
☐	struttura ricettiva all'aria aperta
☐	con somministrazione di alimenti e bevande ai soli alloggiati
☐	struttura ricettiva extralberghiera
☐	con somministrazione di alimenti e bevande ai soli alloggiati
☐	tintolavanderia o lavanderia a gettoni
☐	tintolavanderia
☐	lavanderia a gettoni
☐	stireria
☐	vendita esclusivamente mediante apparecchi automatici
☐	vendita mediante apparecchi automatici in altri esercizi commerciali già abilitati o in altre strutture e/o su area pubblica
☐	vendita per corrispondenza, televisione e altri sistemi di comunicazione
☐	vendita per corrispondenza
☐	vendita per radio o televisione
☐	commercio elettronico
☐	altri sistemi di comunicazione (specificare)
☐	vendita presso il domicilio dei consumatori

in precedenza avviata tramite

Titolo autorizzativo

- ☐ autorizzazione, concessione o nulla osta
- ☐ SCIA o comunicazione
- ☐ altro (specificare)

Protocollo

Data

Ente di riferimento

☐ 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)

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
<i>(da allegare se previsti)</i> |
| ☐ | ulteriori immobili oggetto del procedimento |
| ☐ | copia del permesso di soggiorno
<i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i> |
| ☐ | 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. |
|--------------------------|--|

Gorle

Luogo

Data

il dichiarante