



## Amministrazione destinataria

Regione Campania

Ufficio destinatario

## Segnalazione certificata di variazione/cessazione per struttura veterinaria

*Ai sensi dell'articolo 68 e dell'articolo 69 del Regio decreto 18/06/1931, n. 773*

## 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 <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          |
| Codice Fiscale   |        |                             | Partita IVA      |                               |              |
| Telefono   |        | Posta elettronica ordinaria |                  | Posta elettronica certificata |              |
|  |        |                             |                  |                               |              |

## 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

## Classificazione

- ☐ studio veterinario  
☐ ambulatorio veterinario  
☐ clinica veterinaria – casa di cura veterinaria  
☐ ospedale veterinario  
☐ laboratorio veterinario di analisi

**con sede operativa in**

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

|               |           |           |        |            |            |           |                              |
|---------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|------------------------------|
| P.T. o U.I.U. | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura                       |
|               |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/>     |
| Provincia     | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano                        |
|               |           |           |        |            |            |           |                              |
|               |           |           |        |            |            |           | SNC <input type="checkbox"/> |
|               |           |           |        |            |            |           | CAP                          |
|               |           |           |        |            |            |           |                              |

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**

la variazione dell'attività, riguardante:

- ☐ cambiamento di ragione sociale
- ☐ modifica dei soggetti titolari dei requisiti
  - ☐ modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)
  - ☐ modifica del direttore sanitario
- ☐ sospensione o ripresa dell'attività
- ☐ cessazione dell'attività

**in precedenza autorizzato tramite**

| Numero | Data | Ente di riferimento |
|--------|------|---------------------|
|        |      |                     |

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 (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, i quali sono indipendenti da abitazioni o altre attività e prevedono un unico ingresso per i clienti
- ☒ che l'edificio/i locali/l'area in cui si svolge l'attività ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'attività oggetto della domanda di autorizzazione
- ☒ di essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di cui alla Deliberazione della Giunta regionale 15/05/2006, n. 22

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

(da compilare in caso di 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")

### CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ

#### Motivazione

A far tempo dal giorno      A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa

### 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.

### ☐ direttore sanitario

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza  
Provincia

|                    |                |                             |  |                               |  |  |  |  |                          |
|--------------------|----------------|-----------------------------|--|-------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|
|                    |                |                             |  |                               |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |  | Posta elettronica certificata |  |  |  |  |                          |
|                    |                |                             |  |                               |  |  |  |  |                          |

Presentazione non usare per

☐ **referente per la pratica**

|                      |                      |                             |                               |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice Fiscale              |                               |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                               |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>          |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>          |

**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 di accettazione dell'incarico del direttore sanitario
- ☐ certificato di iscrizione all'albo professionale del direttore sanitario (in alternativa autocertificazione)
- ☐ 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

**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.