



**Amministrazione destinataria**  
 Comune di Santarcangelo di Romagna  
**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
-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

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

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
-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

								<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
--	-----------	-------------------

--	--	--

Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA)	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

--

**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)*

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	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**

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

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 ostantive 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 Legge regionale 30/12/2009 , n. 33
- 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 autofunebri (almeno una)

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

##### Possesso autofunebri

- 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) ogniqualvolta 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**

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	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)*

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	CAP
								<input type="checkbox"/>	

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

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	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 RAGIONE 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	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)*

- 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.

Santarcangelo di Romagna

Luogo

Data

il dichiarante