



Amministrazione destinataria  
Comune di Puegnago del Garda

Ufficio destinatario

## Comunicazione di modifica degli operatori funebri

### Il sottoscritto

|                    |                |        |                             |                |                               |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |                               |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico         | Barrato                       | 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 | Scala                         | Piano | SNC | CAP |
| Codice Fiscale   |           | Partita IVA                   |           |                               |         | Posta elettronica certificata |       |     |     |
| 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 funebre con sede operativa in**

|  |           |           |        |            |            |           |                          |     |  |
|--|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|-----|--|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura                   |     |  |
|  |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |     |  |
| Provincia                              | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | 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

 **con rimessa in**

|  |           |           |        |            |            |           |                          |     |  |
|--|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|-----|--|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura                   |     |  |
|  |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |     |  |
| Provincia                              | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Scala      | Piano     | SNC                      | CAP |  |
|  |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |     |  |

**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 (specificare)                      |            |      |                     |

**COMUNICA**

la modifica degli operatori funebri.

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 i seguenti soggetti cessano l'attività di operatori funebri presso l'impresa

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

e sono sostituiti con i seguenti soggetti in possesso dei requisiti formativi di cui all'Allegato I della Deliberazione della Giunta Regionale 21/01/2005, n. 7/20278, assunti con regolare contratto di lavoro stipulato direttamente con l'operatore elencati nel modulo "autocertificazione di disponibilità degli operatori funebri".

**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)*

- autocertificazione di disponibilità degli operatori funebri
- 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.

Puegnago del Garda

Luogo

Data

il dichiarante