

Amministrazione destinataria



Ufficio destinatario

**COMUNICAZIONE:**

modifica ragione sociale

**Comunicazione di modifica della ragione sociale in attività di commercio su aree pubbliche in forma itinerante**

**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 commercio su aree pubbliche in forma itinerante all'interno del settore merceologico**

**Classificazione**

- non alimentare  
 alimentare

**Presenza di attività di somministrazione di alimenti e bevande**

- no  
 sì

**Specializzazione merceologica**

**in precedenza avviata tramite**

**Titolo autorizzativo**

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

**Protocollo**

**Data**

**Ente di riferimento**

**COMUNICA**

la modifica della ragione sociale

**Precedente ragione sociale**

**Nuova ragione sociale**

**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  
*(da allegare se previsti)*
- 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.

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**