

 <p>Regione Lombardia</p>	<p>MODULISTICA REGIONALE UNIFICATA</p> <p>COMUNICAZIONE</p> <p>Agenzie di viaggio e turismo</p>	<p>Spazio per apposizione protocollo</p>	<p>Inserire qui stemma del Comune</p>
---	--	--	---

COMUNICAZIONI VARIAZIONI EX ART. 59 della l.r. n. 27/2015

<p>Al Comune di _____</p> <p><small>Ai sensi della l.r. 1 ottobre 2015, n. 27 (art. 58)</small></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><small>Codice ISTAT Comune (a cura degli Uffici Comunali)</small></p>										

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ **Nome** _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Stato _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

E-mail _____

Se disponibile, indicare l'indirizzo PEC _____

Telefono _____ Cell. _____ Fax _____

in qualità di:

Titolare **Legale rappresentante**
 Altro _____

dell'Impresa/Azienda/Ente

Ragione sociale _____

Denominazione Agenzia _____

Ditta individuale SNC SAPA SAS SRL SURL SPA SS
 Ente pubblico Società Cooperativa Altro * _____
*(soggetti non economici, es. persone fisiche o società no profit)

Codice Fiscale _____

Partita IVA (se diversa da C.F.) _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cell. _____ Fax _____

E-mail _____

Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____
 Posizione INAIL _____
 Codice INAIL impresa _____

consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,

COMUNICA

- Variazione legale rappresentante
- Trasferimento di sede operativa nello stesso Comune di avvio dell'attività
- Sostituzione direttore tecnico
- Estensione dell'attività
- Chiusura dell'attività

VARIAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE

Nuovo rappresentante legale dell'agenzia di viaggio e turismo:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita ____ / ____ / ____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita _____ Prov. | | | Stato _____

Comune di residenza _____ Prov. | | |

Via, Piazza _____ n° ____ C.A.P. | | | | | |

Precedente legale rappresentante

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ Prov. | | |

TRASFERIMENTO DI SEDE OPERATIVA NELLO STESSO COMUNE DI AVVIO DELL'ATTIVITA'

La sede operativa dell'agenzia di viaggio e turismo viene trasferita dal seguente indirizzo:

Via, Piazza, Località _____ n° ____ C.A.P. | | | | | |

al nuovo indirizzo:

Via, Piazza, Località _____ n° ____ C.A.P. | | | | | |

E-mail: _____

Telefono: _____ FAX: _____

Dati catastali: Foglio _____ Mappale _____ Subalterno _____

IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune | | | | | | | | | | | | | | | |

SOSTITUZIONE DIRETTORE TECNICO

I requisiti di idoneità all'attività di direttore tecnico dell'agenzia di viaggio e turismo sono in possesso di:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | a partire dal giorno ____ / ____ / ____

data di nascita ____ / ____ / ____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita _____ Prov. | | | Stato _____

Comune di residenza _____ Prov. | | |

Via, Piazza _____ n° ____ C.A.P. | | | | | |

provvedimento nomina n. ____ del ____ / ____ / ____ rilasciato da _____

Precedente direttore tecnico

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | fino al giorno ____ / ____ / ____

data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita: _____ Prov. | | |

ESTENSIONE DELL'ATTIVITÀ

Tipologia attività _____

a far tempo dal giorno ____ / ____ / ____

CHIUSURA DELL'ATTIVITÀ

Trasferimento di proprietà o di gestione dell'agenzia Chiusura definitiva dell'attività Chiusura temporanea dell'attività

a far tempo dal giorno ____ / ____ / ____

- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente segnalazione viene resa e in applicazione delle disposizioni sulla pubblicazione degli atti, ai sensi della Legge 241/90. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Il titolare del trattamento è il Comune al quale è inoltrata la presente Comunicazione.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____