

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Regione Liguria<br><br>Ufficio destinatario |  |
|--|---|--|

## Trasmissione di segnalazione certificata di inizio/modifica/variazione/cessazione attività per laboratori per la verifica periodica degli strumenti di misura

*Ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Ministeriale 10/12/2001*

| Il sottoscritto  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
|--|--------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome  |        |                | Nome                        |                             |                      | Codice Fiscale                |                               |       |         |                          |     |
| Data di nascita  |        |                | Sesso                       | Luogo di nascita            |                      |                               | Cittadinanza                  |       |         |                          |     |
| Residenza  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| Provincia  | Comune |                | Indirizzo                   |                             |                      | Civico                        | Barrato                       | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare   |        | Telefono fisso |                             | Posta elettronica ordinaria |                      |                               | Posta elettronica certificata |       |         |                          |     |
|  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>           |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| Ruolo  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
|  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| Denominazione/Ragione sociale  |        |                |                             |                             |                      | Tipologia                     |                               |       |         |                          |     |
|  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| Sede legale  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| Provincia  | Comune |                | Indirizzo                   |                             |                      | Civico                        | Barrato                       | Scala | Interno | 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             |                               |       |         |                          |     |
|  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| Posizione INAIL  |        |                |                             |                             | Codice INAIL impresa |                               |                               |       |         |                          |     |
|  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| <small>(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)</small>                             |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
| Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |
|  |        |                |                             |                             |                      |                               |                               |       |         |                          |     |

**in relazione all'attività con sede operativa in***(in caso di trasferimento della sede inserire la nuova sede operativa)*

|   |        |                  |         |            |            |            |           |
|---|--------|------------------|---------|------------|------------|------------|-----------|
| Particella terreni o unità immobiliare urbana   |        | Codice catastale | Sezione | Foglio     | Particella | Subalterno | Categoria |
| Provincia   | Comune | Indirizzo        |         |            | Civico     | Barrato    | Piano     |
| Ulteriori immobili oggetto del procedimento (se diverso da zero sarà necessario allegare il modulo "Ulteriori immobili oggetto del procedimento") |        |                  |         |            |            |            |           |
| il procedimento riguarda ulteriori immobili   |        |                  |         |            |            |            |           |
| Agibilità dei locali  |        |                  |         | Protocollo |            | Data       |           |
| Insegna   |        |                  |         |            |            |            |           |

**TRASMETTE**

segnalazione certificata di inizio/modifica/variazione/cessazione attività per laboratori per la verifica periodica degli strumenti di misura, riguardante

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="radio"/>    | l'avvio dell'attività  |
| <input type="radio"/>    | la modifica di una attività esistente, riguardante:  |
| <input type="checkbox"/> | trasferimento della sede   |
| <input type="checkbox"/> | locali/impianti  |
| <input type="checkbox"/> | modifica dell'attività svolta  |
| <input type="radio"/>    | la variazione dell'attività, riguardante:  |
| <input type="radio"/>    | cambio di ragione sociale  |
| <input type="radio"/>    | modifica dei soggetti titolari dei requisiti (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.) |
| <input type="radio"/>    | subingresso  |
| <input type="radio"/>    | sospensione o ripresa dell'attività  |
| <input type="radio"/>    | cessazione 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, DIAP o COM                         |            |      |                     |
| <input type="radio"/> altro (specificare)                      |            |      |                     |

**Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | segnalazione certificata di inizio/modifica/variazione/cessazione attività redatta sulla modulistica predisposta dalla Camera di Commercio |
| <input type="checkbox"/>            | ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria<br><i>(da allegare se previsti)</i>   |
| <input type="checkbox"/>            | ulteriori immobili oggetto del procedimento  |
| <input type="checkbox"/>            | copia del permesso di soggiorno<br><i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>  |
| <input type="checkbox"/>            | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura   |
| <input type="checkbox"/>            | 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)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

|       |      |                |
|-------|------|----------------|
|       |      |                |
| Luogo | Data | Il dichiarante |

Presentazione non usare per la cartacea