



**Amministrazione destinataria**

Comune di Caravaggio

**Ufficio destinatario**

**Segnalazione certificata per avvio, modifica o variazione attività per strutture veterinarie**

*Ai sensi dell'articolo 15 della Legge Regionale 30/12/2009 n. 33*

**Il sottoscritto**

|                    |                |                             |        |                               |                              |
|--------------------|----------------|-----------------------------|--------|-------------------------------|------------------------------|
| Cognome            |                | Nome                        |        | Codice Fiscale                |                              |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            |        | Cittadinanza                  |                              |
| Residenza          | Indirizzo      |                             | Civico | Barrato                       | Interno                      |
| Provincia          | Comune         |                             |        |                               | Scala                        |
|                    |                |                             |        |                               | Piano                        |
|                    |                |                             |        |                               | SNC <input type="checkbox"/> |
|                    |                |                             |        |                               | 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   | Indirizzo                   |  | Civico                        | Barrato           | Interno                      |
| Provincia   | Comune                      |  |                               |                   | Scala                        |
|   |                             |  |                               |                   | Piano                        |
|   |                             |  |                               |                   | SNC <input type="checkbox"/> |
|   |                             |  |                               |                   | 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****Classificazione**

- studio veterinario con accesso animali  
 studio associato
- ambulatorio veterinario
- clinica veterinaria
- ospedale veterinario
- laboratorio veterinario di analisi

**con sede operativa in***(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)*

| Particella terreni o Unità imm. urbana | 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**

- l'avvio dell'attività
- la modifica di una attività esistente, riguardante:
- trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale
- locali/impianti
- la variazione dell'attività, riguardante:
- cambio di ragione sociale
- modifica dei soggetti titolari dei requisiti
- modifica della compagine sociale (soci, membri dell'organo di amministrazione, ecc.)
- modifica direttore sanitario
- subingresso
- sospensione o ripresa dell'attività
- cessazione attività

**in precedenza avviata tramite****Titolo autorizzativo**

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

| Protocollo | Data | Ente di riferimento |
|------------|------|---------------------|
|            |      |                     |
|            |      |                     |
|            |      |                     |

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 ostative 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 oggetto della SCIA
- che la struttura risulta in possesso dei requisiti minimi specifici previsti dalla normativa vigente in materia per l'esercizio delle attività veterinarie
- che l'attività è conforme al Decreto del Dirigente dell'unità organizzativa 13/04/2005, n. 5403
- che vengono utilizzati apparecchi radiologici (generatori di radiazione e materie radioattive) e pertanto di essere in regola con gli obblighi di registrazione e comunicazione previsti dall'articolo 48 e dall'articolo 67 del Decreto legislativo 31/07/2020, n. 101

|   |        |                      |       |                             |                   |         |                               |       |       |                              |     |
|---|--------|----------------------|-------|-----------------------------|-------------------|---------|-------------------------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> <b>direttore sanitario</b> |        |                      |       |                             |                   |         |                               |       |       |                              |     |
| Cognome   |        |                      | Nome  |                             |                   |         | Codice Fiscale                |       |       |                              |     |
| Data di nascita                                     |        |                      | Sesso | Luogo di nascita            |                   |         | Cittadinanza                  |       |       |                              |     |
| Residenza   |        |                      |       |                             |                   |         |                               |       |       |                              |     |
| Provincia   | Comune | Indirizzo            |       |                             | Civico            | Barrato | Interno                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare                                  |        | Telefono fisso       |       | Posta elettronica ordinaria |                   |         | Posta elettronica certificata |       |       |                              |     |
| Ordine  |        | Provincia iscrizione |       |                             | Numero iscrizione |         | Specializzazione              |       |       |                              |     |

#### possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

(da compilare in caso di avvio dell'attività, 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")

## AVVIO DELL'ATTIVITÀ

Codici ATECO attività svolte dell'impresa (da compilare se l'attività è svolta in forma imprenditoriale)

Codice ATECO (ad esempio 14.11.00)

Anno

Validazione codice

Numero addetti (indicare il numero di addetti previsto al momento della presentazione della pratica, indipendentemente dalla tipologia contrattuale. Per addetto si intende chiunque ed a qualunque titolo lavori presso la sede operativa della ditta oggetto della presente segnalazione)

### Durata dell'attività

permanente

temporanea

dal

al

compilare entrambe le date poiché in questo caso la pratica è valida sia per l'avvio che per la cessazione dell'attività.

stagionale

dal

al

dal

al

### Superfici

Superficie prevista per l'esercizio dell'attività

Superficie per altro uso (magazzini, servizi, ecc.)

Superficie complessiva

m<sup>2</sup>

m<sup>2</sup>

m<sup>2</sup>

## TRASFERIMENTO DELLA SEDE OPERATIVA (A1) - collocazione precedente

Particella terreni o Unità imm. urbana

Cod. cat.

Sezione

Foglio

Particella

Subalterno

Categoria

Visura

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

## MODIFICA DEI LOCALI/IMPIANTI

### Tipologia modifica

estensione superficie destinata all'attività oggetto della presente segnalazione

riduzione superficie destinata all'attività oggetto della presente segnalazione

Descrizione modifica (descrivere cosa comporta la modifica e la nuova distribuzione delle superfici)

## CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ

Motivazione

A far tempo dal giorno

A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa

## 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**

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune
- che i locali hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita SCIA

**Modifiche attività**

- che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata
- che sono cambiate le condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata

## 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.

**impatto acustico***(da compilare in caso di avvio dell'attività e di trasferimento della sede operativa)***Assoggettabilità alla presentazione di valutazione di impatto acustico**

- non soggetto a presentazione di valutazione di impatto acustico  
 durante l'esercizio dell'attività saranno rispettati i limiti fissati dalla vigente normativa
- soggetto a presentazione di valutazione di impatto acustico

| Titolo autorizzativo   | Numero | Data |
|--|--------|------|
| <input type="radio"/> ottenuto parere favorevole ARPA sulla documentazione di impatto acustico   |        |      |
| <input type="radio"/> ottenuto autorizzazione unica ambientale (AUA)   |        |      |
| <input type="radio"/> ha presentato valutazione previsionale di impatto acustico   |        |      |
| <input type="radio"/> presenta congiuntamente valutazione previsionale di impatto acustico   |        |      |
| <input type="radio"/> durante l'esercizio dell'attività le emissioni non saranno superiori ai limiti stabiliti nel territorio comunale |        |      |

**scarichi idrici***(da compilare in caso di avvio dell'attività e di trasferimento della sede operativa)***Assoggettabilità al possesso di titolo abilitativo per scarichi idrici**

- l'attività non richiede il possesso di titolo abilitativo allo scarico
- l'attività richiede il possesso di titolo abilitativo allo scarico
- ha presentato comunicazione o denuncia all'ATO

| Protocollo | Data |
|------------|------|
|            |      |

ha ottenuto Autorizzazione Unica Ambientale (AUA)

| Numero | Data |
|--------|------|
|        |      |

ha chiesto il rilascio di Autorizzazione Unica Ambientale (AUA)

| Protocollo | Data |
|------------|------|
|            |      |

- presenta separatamente la documentazione per la domanda di Autorizzazione Unica Ambientale (AUA)

**classificazione industrie insalubri***(da compilare in caso di avvio dell'attività e di trasferimento della sede operativa)***Classificazione industrie insalubri**

- l'attività svolta non è presente nell'elenco delle attività insalubri di 1^ classe e 2^ classe
- l'attività svolta è presente nell'elenco delle attività insalubri di 1^ classe
- l'attività svolta è presente nell'elenco delle attività insalubri di 2^ classe

**rischio incendio***(da compilare in caso di avvio dell'attività e di trasferimento della sede operativa)*

| Titolo autorizzativo  | Numero | Data |
|---|--------|------|
| <input type="radio"/> presentata DIA al Comando Vigili del Fuoco<br><small>(opzione ammissibile prima dell'entrata in vigore del D.P.R. 01/08/2011, n. 151)</small> |        |      |
| <input type="radio"/> presentata SCIA al Comando Vigili del Fuoco   |        |      |
| <input type="radio"/> ottenuto CPI dal Comando Vigili del Fuoco   |        |      |
| <input type="radio"/> l'attività non rientra nell'elenco di quelle soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi                                       |        |      |

**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
- copia dell'atto di cessione o dichiarazione notarile o dichiarazione sostitutiva degli eredi in caso di subentro mortis causa
- copia della convenzione stipulata con soggetto privato per conferimento animali morti
- planimetria in scala 1:100, quotata, con dichiarazione d'uso dei locali, rapporti aeranti e illuminanti, distribuzione interna ai locali delle attrezzature di contenimento per gli animali e scaffalature
- comunicazione per industria insalubre
- valutazione previsionale di impatto acustico  
(specificare il codice fiscale del professionista abilitato che l'ha redatta e firmata)
- relazione tecnica descrittiva della struttura e delle modalità di gestione
- accettazione dell'incarico da parte del direttore sanitario
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
(da allegare se previsti)
- copia del permesso di soggiorno  
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- 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.

Caravaggio

Luogo

Data

il dichiarante