

REGIONE LIGURIA

Modello C

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO/AGGIORNAMENTO/CESSAZIONE ATTIVITÀ PER AGENZIA D'AFFARI
PER DISBRIGO PRATICHE AMMINISTRATIVE IN MATERIA FUNERARIA

(ART. 115 T.U.L.P.S. , DELL'ART. 19 LEGGE N. 241/1990 E DELLA LEGGE REGIONALE 10/07/2020, N. 15)

Al Comune di

Il/La sottoscritto/a nato/a a.....(prov.) residente
a.....
via/piazza.....cittadinanza recapito
telefonico n..... fax: email..... codice
fiscale.....

Riquadro da compilare in caso di presentazione da parte di società e simili

Non in proprio, ma in qualità di _____ e
come tale, in rappresentanza di _____ con
sede legale in _____ via
_____ tel _____ Codice Fiscale/P. IVA _____ costituita
in data _____ iscritta al n. _____ del Registro delle imprese presso la C.C.I.A.A.
di _____

SEGNALA

- 1) di iniziare l'attività di agenzia d'affari per disbrigo pratiche amministrative in materia funeraria di cui
all'art. 115 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza in Via/Corson.
 dalla data di presentazione della presente segnalazione;
 dalla data del _____ successiva alla data di presentazione della
presente;

con annessa attività di :

- Impresa di trasporto ed onoranza funebre
 Centro di servizi funebri

- 2) di aggiornare / modificare i dati relativi all'attività di agenzia d'affari per disbrigo pratiche
amministrative in materia funeraria di cui all'art. 115 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza in
Via/Corso n.

DICHIARA

- consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,
dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dagli artt. 483 e 489 del Codice Penale;
 che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, sospensione, o di decadenza previste dall'art.
67 del D. Lgs 6 settembre 2011 n. 159 e successive modifiche e integrazioni;
 di non trovarsi nelle condizioni e/o cause ostative di cui all'art. 11 TULPS; e art. 6 L.R. 15/2020 di non
essere stato dichiarato fallito, oppure, se dichiarato fallito, che è stata dichiarata la chiusura del
fallimento in data.....dal Tribunale di

- che l'attività esercitata nei locali di CAT.C1 ed è compatibile con le Norme Urbanistico Edilizie del Comune di.....;
- che la gestione dell'attività non rientra e non è riconducibile in alcun modo, ai casi specifici di incompatibilità citati all'art. 6 comma 8 della L.R. 15/2020;
- che il direttore tecnico di cui all'art. 6, c. 2, lett.a, punto 4 della L.R. 15/2020 è:

Cognome	Nome	CCNL applicato	N° ore contrattuali/settimanali	Tipologia	Attestato di formazione* (indicare ente di formazione, data e luogo dell'attestato formazione)

- di avere la disponibilità dei locali sede dell'attività a titolo di:

- proprietario
- affittuario
- altro.....

- che i predetti locali sono di proprietà del Comune di _____ Si ___ No ___;

che l'attività:

- si svolge in locali adibiti ad esposizione e/o vendita all'ingrosso o al dettaglio con superficie lorda superiore a ___ mq comprensiva dei servizi e depositi
- non si svolge in locali con le caratteristiche sopra indicate;

Da compilare unicamente in caso di locali adibiti ad esposizione e/o vendita al dettaglio con superficie lorda superiore a 400 mq. comprensiva dei servizi e depositi

di essere in possesso del certificato prevenzione incendi pratica numero..... rilasciato in data dal Comando Provinciale Vigili del Fuoco di; oppure di aver presentato segnalazione certificata d'inizio attività: Pratica Numero in dataal Comando Provinciale Vigili del Fuoco di, ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 1/8/2011, n. 151

CONSAPEVOLE CHE:

in caso di più esercizi ubicati in sedi diverse ed intestati al medesimo soggetto, occorre la nomina di almeno un addetto alla trattazione degli affari quale responsabile commerciale come indicato all'art.6 comma 8 della L.R. 15/2020 diverso per ogni esercizio.

DICHIARA INOLTRE:

- di avere le seguenti sedi commerciali:

SEDE COMMERCIALE					
CAP	Comune	Via / Corso	Numero civico	Orario di apertura al pubblico	Orario di chiusura al pubblico
ADDETTO ALLA TRATTAZIONE DEGLI AFFARI / RESPONSABILE COMMERCIALE					
Cognome	Nome	CCNL	Tempo	Tipologia	Attestato di* formazione (indicare ente di formazione, data e luogo dell'attestato formazione)

SEDE COMMERCIALE					
CAP	Comune	Via / Corso	Numero civico	Orario di apertura al pubblico	Orario di chiusura al pubblico
ADDETTO ALLA TRATTAZIONE DEGLI AFFARI / RESPONSABILE COMMERCIALE					
Cognome	Nome	CCNL	Tempo	Tipologia	Attestato di* formazione (indicare ente di formazione, data e luogo dell'attestato formazione)

SEDE COMMERCIALE					
CAP	Comune	Via / Corso	Numero civico	Orario di apertura al pubblico	Orario di chiusura al pubblico
ADDETTO ALLA TRATTAZIONE DEGLI AFFARI / RESPONSABILE COMMERCIALE					
Cognome	Nome	CCNL	Tempo	Tipologia	Attestato di* formazione (indicare ente di formazione, data e luogo dell'attestato formazione)

SEDE COMMERCIALE					
CAP	Comune	Via / Corso	Numero civico	Orario di apertura al pubblico	Orario di chiusura al pubblico
ADDETTO ALLA TRATTAZIONE DEGLI AFFARI / RESPONSABILE COMMERCIALE					
Cognome	Nome	CCNL	Tempo	Tipologia	Attestato di* formazione (indicare ente di formazione, data e luogo dell'attestato formazione)

SEDE COMMERCIALE					
CAP	Comune	Via / Corso	Numero civico	Orario di apertura al pubblico	Orario di chiusura al pubblico
ADDETTO ALLA TRATTAZIONE DEGLI AFFARI / RESPONSABILE COMMERCIALE					
Cognome	Nome	CCNL	Tempo	Tipologia	Attestato di* formazione (indicare ente di formazione, data e luogo dell'attestato formazione)

SEDE COMMERCIALE					
CAP	Comune	Via / Corso	Numero civico	Orario di apertura al pubblico	Orario di chiusura al pubblico
ADDETTO ALLA TRATTAZIONE DEGLI AFFARI / RESPONSABILE COMMERCIALE					
Cognome	Nome	CCNL	Tempo	Tipologia	Attestato di* formazione (indicare ente di formazione, data e luogo dell'attestato formazione)

- a) di avere la capacità tecnica e di disponibilità costante nel tempo di risorse umane a garanzia della continuità e dell'adeguatezza del servizio e specificamente che l'impresa si avvale di addetti con funzioni di personale necroforo in disponibilità continuativa, a garanzia della prestazione, ai sensi dell'articolo 6, della legge regionale 10 luglio 2020, n. 15. con un minimo di quattro addetti assunti con contratto subordinato.

ELENCO OPERATORI NECROFORI							
	COGNOME	NOME	CCNL APPLICATO	TEMPO	SCADENZA	TIPOLOGIA	N° FORMAZIONE* (indicare ente di formazione, data e luogo dell'attestato formazione)
1							
2							
3							
4							

*in mancanza: nessuna formazione solamente per il periodo transitorio previsto da disposizioni attuative L.R. 15/2020/ esperienza ventennale / formazione equipollente (corsi extraregionali) alla data di entrata in vigore delle disposizioni approvate dalla Giunta di Regione Liguria.

Riquadro da compilare in caso di Avvalimento contratto di appalto o di fornitura con "Centro di servizi funebri"

- b) che l'impresa non si avvale di operatori necrofori alle proprie dipendenze per l'effettuazione dei servizi funebri e i requisiti di cui all' art.6 c.2 lettera a), punti 1),2) e 5) L.R. 15/2020 relativi ad autorimessa, carro funebre, e personale necroforo e che i requisiti sono soddisfatti tramite contratto di appalto ovvero di fornitura di durata minima triennale con il seguente fornitore:

_____ con sede legale in
 _____ via _____
 _____ tel _____ Codice
 Fiscale _____
 P.IVA _____ costituita in data _____ iscritta al n.
 _____ del Registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. di
 _____ con contratto depositato e registrato al n° _____
 il _____ c/o il Comune di _____

Nello specifico l'accordo quadro per la fornitura dei requisiti in avvalimento è inerente a:

- Personale necroforo

- Autorimessa e ncc autofunebre
- Appalto di servizio

- che l'impresa ha la disponibilità di n. carri funebri, ai sensi dell'articolo 6, comma 2 lettera a) punti 1) e 2) della legge regionale 10 luglio 2020, n. 15, rimessati in Via.....
- di non versare alle condizioni di cui all'art.6 comma 3 lettere a), b), c), d), e), f) e g) L.R.15/2020.
- che l'impresa è iscritta alla C.C.I.A.A. di(iscrizione R.E.A. n.);
- di essere in regola con i versamenti INPS (ISCRIZIONE N.....);
- di essere in regola con i versamenti INAIL (ISCRIZIONE N.....);

di aver adempiuto alle norme in materia di sicurezza sul lavoro con riferimento alle prescrizioni del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 in particolare:

- nomina Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) (o assunzione in proprio del Datore di Lavoro laddove consentito) e copia attestato del corso;
- elezione o designazione RLS e copia attestato del corso (laddove necessario);
- nomina Medico Competente qualora i lavoratori siano obbligatoriamente da sottoporre a sorveglianza sanitaria; a tal fine il datore di lavoro dichiara che il personale adibito alla MMC (necrofori) è stato ritenuto idoneo dal medico competente;
- nomina Addetti Emergenze o dichiarazione di assunzione in proprio (laddove consentito) e possesso di copia del corso;
- stesura del documento di Valutazione del Rischio o Documento standard per imprese fino a 200 dipendenti o autocertificazione sostitutiva del DVdR (per imprese fino a 10 addetti e imprese familiari);
- stesura della documentazione circa sopralluoghi del Medico Competente (MC) degli ambienti di lavoro nei casi in cui sia obbligatoria la nomina del MC;
- autocertificazione circa l'avvenuta informazione;
- autocertificazione circa l'avvenuta formazione nei casi in cui è richiesta;
- comunicazione del rischio.

Si rammenta che gli operatori economici sono tenuti a comunicare, tempestivamente, all'ufficio Suap del Comune ogni variazione intervenuta in merito ai requisiti minimi per l'esercizio.

CONSAPEVOLE CHE L'ATTIVITÀ DEVE ESSERE ESERCITATA NEL RISPETTO DELLE SEGUENTI PRESCRIZIONI:

- a. usare un registro delle operazioni compiute, vidimato dalla autorità locale di pubblica sicurezza, sul quale riportare di seguito e senza spazi in bianco: il nome, il cognome, il domicilio del committente, la data e la natura della commissione, il premio pattuito, esatto o dovuto e l'esito delle operazioni;
- b. non compiere operazioni o accettare commissioni da persone non munite di documento d'identità e trascrivere gli estremi sul registro di pubblica sicurezza;

- c. tenere permanentemente affissa nei locali dell'agenzia, in modo visibile, la tabella delle operazioni con le relative tariffe;
- d. non compiere operazioni diverse da quelle indicate nella predetta tabella né ricevere compensi maggiori di quelli indicati nella tariffa e comunicare ogni eventuale variazione al Comune;
- e. conservare copia della documentazione relativa ai servizi prestati con l'indicazione dei dati anagrafici delle persone a cui si riferiscono;
- f. comunicare al Comune ogni variazione dell'assetto societario o della ditta individuale;
- g. non pubblicare inserzioni di prodotti medicinali e di specialità farmaceutiche senza la prescritta autorizzazione prefettizia;
- h. la cessazione dell'attività sarà comunicata all'Ufficio Licenze di Pubblica Sicurezza;

CHIEDE

la vidimazione del giornale degli affari composto da n.....fogli e numerato dal n°al n°.....

Tutte le comunicazioni relative al presente procedimento dovranno essere inviate al seguente destinatario
Via/P.zza _____

al quale il sottoscritto ha conferito apposita delega, impegnandomi a comunicare ogni variazione.

Allega: dichiarazione attestante l'inesistenza di cause di divieto, di decadenza, di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs 6.9.2011, n. 159 e ss.mm.ii, con relative copie del documento di identità in corso di validità, da compilare da parte di: altri componenti la Società nei casi in cui è prevista (SNC: tutti i soci, SAS: socio accomandatario SPA e SRL: rappresentante legale e membri del C.d.A. con poteri di firma);

1. tariffario delle prestazioni in duplice copia (di cui una in bollo);
2. registro delle operazioni "giornale degli affari";
3. modello relativo alla tassa smaltimento rifiuti;
4. copia del permesso di soggiorno in corso di validità (per i cittadini extracomunitari).
5. fotocopia del documento di identità in corso di validità dell'interessato, qualora l'istanza sia presentata a mezzo posta o da un terzo.
6. Tutta la documentazione utile a certificare quanto riportato ai punti sopra.

La presente segnalazione, vidimata c/o il SUAP del Comune, dovrà essere tenuta nel locale a disposizione degli organi di vigilanza e sarà trasmessa dal SUAP alla ASL competente territorialmente e alla Regione Liguria Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali

Si informa che i dati personali sono trattati esclusivamente per la definizione del presente procedimento e nei limiti definiti dalla legge.

Si autorizza al trattamento dei dati personali ed alla pubblicazione degli elenchi regionali previsti dagli artt. 6, c.2, lett. E, L.R. 15/2020.

Luogo

Firma leggibile _____

DICHIARAZIONE REQUISITI ONORABILITA' SOCI AMMINISTRATORI
(SNC, SpA , SRL, SAS)
ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritt _____ nat_ il _____
a _____, residente in _____ via/Piazza _____ n. _____
C.F. _____ - recapito telefonico: _____
in qualità di socio Amministratore della Società _____

D I C H I A R A

Che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del Decreto Legislativo 159/2011 e ss.mm. ad oggetto: "Codice delle Leggi antimafia"

firma

fotocopia documento di identità in corso di validità