

 Regione Lombardia	MODULISTICA REGIONALE UNIFICATA <b>COMUNICAZIONE</b> Agenzie di viaggio e turismo	Spazio per apposizione protocollo	Inserire qui stemma del Comune								
<b>COMUNICAZIONI VARIAZIONI EX ART. 59 della l.r. n. 27/2015</b>											
<b>Al Comune di</b> _____		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> <td style="width: 15%;"> </td> </tr> </table>									
Ai sensi della l.r. 1 ottobre 2015, n. 27 (art. 58)		Codice ISTAT Comune (a cura degli Uffici Comunali)									
<b>Il/La sottoscritto/a</b>											
<b>Cognome</b> _____ <b>Nome</b> _____											
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 _____											
<b>in qualità di:</b>											
<input type="checkbox"/> <b>Titolare</b> <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante</b></span>											
<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____											
<b>dell'Impresa/Azienda/Ente</b>											
Ragione sociale _____											
Denominazione Agenzia _____											
<input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> SAPA <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> SURL <input type="checkbox"/> SPA <input type="checkbox"/> SS											
<input type="checkbox"/> Ente pubblico <input type="checkbox"/> Società Cooperativa <input type="checkbox"/> Altro * _____ <small>*(soggetti non economici, es. persone fisiche o società no profit)</small>											
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 _____											
<input type="checkbox"/> Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____											
<input type="checkbox"/> Posizione INAIL _____											
<input type="checkbox"/> Codice INAIL impresa _____											
<b>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,</b>											
<b>COMUNICA</b>											
<input type="checkbox"/> Variazione legale rappresentante <input type="checkbox"/> Trasferimento di sede operativa nello stesso Comune di avvio dell'attività <input type="checkbox"/> Sostituzione direttore tecnico <input type="checkbox"/> Estensione dell'attività <input type="checkbox"/> 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    \_\_\_\_\_