

**Amministrazione destinataria**

Regione Campania

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Modello unico regionale per segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) sanitaria, comunicazione e riconoscimento per linee d'attività inerenti la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria non ricompresi negli accordi Stato-Regioni vigenti
Comunicazione variazione informazioni delle schede supplementari di uno stabilimento registrato/riconosciuto

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale									
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita									
Residenza		Cittadinanza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP		
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata							
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>											
Ruolo											
Denominazione/Ragione sociale					Tipologia						
Sede legale		Civico		Barrato		Interno		Scala		Piano	
Provincia	Comune	Indirizzo								SNC	CAP
Codice Fiscale										Partita IVA	
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata							
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia	Numero Iscrizione					

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

che conduce**Collocazione stabilimento**

- attività senza sede fissa
- lo stabilimento a sede fissa sito in

indirizzo dello stabilimento*(compilare solo nel caso di stabilimento a sede fissa)*

P.T. o U.I.U.	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano
							<input type="checkbox"/>
							SNC
							CAP

Ulteriori immobili oggetto del procedimento *(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")*
il procedimento riguarda ulteriori immobili

già registrato/riconosciuto con numero

Numero registrazione

 referente per la pratica

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria
		Posta elettronica certificata

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

- master list con indicate le linee di attività svolte
- scheda anagrafica ex accordo 46/2017
- documentazione allegata alla notifica sanitaria (allegati, schede supplementari e form)
(per conoscere l'elenco della documentazione da allegare consulta la master list)
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria
(da allegare se previsti)
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- 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.

Luogo

Data

il dichiarante