



COMUNE DI CASORIA	Casoria (NA) piazza Cirillo (Vecchia Sede Comunale), primo piano Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata): suap@pec.comune.casoria.na.it Tel: 081.7053288 - 081.7053289 - 081.7053291 - Fax: 081.7053288 Orario: lunedì e venerdì dalle 8.45 alle 12.45 - giovedì dalle 15.30 alle 17.30
(PROVINCIA DI NAPOLI)	
IV Settore Suap - Sportello Unico Attività Produttive	

Marca da  
bollo

### Domanda per il rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria

Al Comune di Casoria (NA)

<b>Il sottoscritto firmatario della presente</b>	
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Codice Fiscale</b>	
Data di nascita	Cittadinanza
Luogo di nascita: Comune	Provincia Stato
Residenza: Comune	Provincia
Via/P.zza	n° C.A.P.
Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____	
e-mail _____ @ _____	
<b>In qualità di:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Titolare dell'omonima impresa individuale</b>	<b>Partita IVA</b>
<b>Iscritta al Registro delle imprese di</b>	<b>AL N.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante di:</b> (specificare)	
<b>Denominazione o ragione sociale</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Partita IVA</b>
<b>Iscritta al Registro delle imprese di</b>	<b>AL N.</b>
<b>Sede legale</b> <input type="checkbox"/> amministrativa <input type="checkbox"/> nel Comune di _____ Prov. _____	
Via/P.zza	n° C.A.P.
Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____	
e-mail _____ @ _____	
<b>CHIEDE</b>	
il rilascio di <b>Autorizzazione Sanitaria</b> ai soli fini igienico-sanitari per l'attività di (specificare):	
<input type="checkbox"/> A – APERTURA NUOVA ATTIVITÀ <input type="checkbox"/> B – TRASFERIMENTO DI SEDE <input type="checkbox"/> C – SUBINGRESSO <input type="checkbox"/> D – TRASFORMAZIONE DEI LOCALI <input type="checkbox"/> E – VARIAZIONI (Cambio legale rappr., Direttore Tecnico, trasferimento sede legale, trasformazione società, ecc.) <input type="checkbox"/> F – CESSAZIONE <input type="checkbox"/> G – ALTRO (specificare) _____	

N.B. Presentare n. 1 originale + 3 copie  
(2 per il Comune e 1 per il Dichiarante)

<input type="checkbox"/> <b>SEZIONE A – APERTURA NUOVA ATTIVITÀ</b>	
Ubicazione Sede Attività: Comune di CASORIA Provincia di Napoli C.A.P. 80026	
Via/P.zza	n°
Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____	
e-mail _____	@

<input type="checkbox"/> <b>SEZIONE B –TRASFERIMENTO DI SEDE</b>	
<b>Esercizio attualmente ubicato in</b>	
Ubicazione Sede Attività: Comune di CASORIA Provincia di Napoli C.A.P. 80026	
Via/P.zza	n° C.A.P.
Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____	
e-mail _____	@
Titolare dell'Autorizzazione Sanitaria n. _____ del _____	
<b>Sarà trasferito al nuovo indirizzo:</b>	
Ubicazione Sede Attività: Comune di CASORIA Provincia di Napoli C.A.P. 80026	
Via/P.zza	n° C.A.P.
Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____	
e-mail _____	@

<input type="checkbox"/> <b>SEZIONE C – APERTURA PER SUBINGRESSO</b>	
<b>Esercizio attualmente ubicato in</b>	
Ubicazione Sede Attività: Comune di CASORIA Provincia di Napoli C.A.P. 80026	
Via/P.zza	n° C.A.P.
Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____	
e-mail _____	@
<b>Subentrerà all'impresa:</b>	
Codice Fiscale	P.IVA
Titolare dell'Autorizzazione Sanitaria n. _____ del _____	
A seguito di:	
<input type="checkbox"/> Compravendita	<input type="checkbox"/> fallimento
<input type="checkbox"/> affitto d'azienda	<input type="checkbox"/> reintestazione a seguito di _____
<input type="checkbox"/> donazione	<input type="checkbox"/> successione
<input type="checkbox"/> fusione	<input type="checkbox"/> altre cause _____
<i>(specificare)</i>	
* Si rammenta che a norma dell'art. 2556 c.c. i contratti di trasferimento, di proprietà o gestione di un'azienda commerciale sono stipulati presso un notaio.	



<b>Nuovo legale rappresentante:</b>												
Cognome						Nome						
Codice Fiscale												
Data di nascita						Cittadinanza						
Luogo di nascita: Comune						Provincia			Stato			
Residenza: Comune						Provincia						
Via/P.zza				n°		C.A.P.						
Tel. _____				Cell. _____			Fax. _____					
e-mail _____				@ _____								

<input type="checkbox"/> <b>SEZIONE E/2 – VARIAZIONE DIRETTORE TECNICO</b>												
<input type="checkbox"/> il nuovo responsabile tecnico dell'attività di _____ è il Sig. _____ nato a _____ il _____ in qualità di _____ in possesso dell'abilitazione/qualificazione professionale per l'attività di _____ che accetta come da dichiarazione (all. 1);												

<input type="checkbox"/> <b>SEZIONE E/3 – VARIAZIONE TRASFERIMENTO SEDE LEGALE</b>												
<b>Precedente Sede legale</b> nel Comune di _____						Prov. _____						
Via/P.zza				n°		C.A.P.						
Tel. _____				Cell. _____			Fax. _____					
e-mail _____				@ _____								
<b>Nuova Sede legale</b> nel Comune di _____						Prov. _____						
Via/P.zza				n°		C.A.P.						
Tel. _____				Cell. _____			Fax. _____					
e-mail _____				@ _____								

<input type="checkbox"/> <b>SEZIONE E/4 – VARIAZIONE TRASFORMAZIONE SOCIETA'</b>														
<b>Precedente ragione sociale</b>														
Denominazione o ragione sociale _____														
Codice Fiscale								P.IVA						
Iscritta al Registro delle imprese di _____						AL N.								
<b>Nuova ragione sociale</b>														
Denominazione o ragione sociale _____														
Codice Fiscale								P.IVA						
Iscritta al Registro delle imprese di _____						AL N.								

**SEZIONE F – CESSAZIONE**

Titolare dell'Autorizzazione Sanitaria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CESSA DAL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa       altro (specificare) \_\_\_\_\_  
 chiusura definitiva dell'esercizio      \_\_\_\_\_

**SEZIONE G – ALTRO**

**Sede attività**

Ubicazione Sede Attività: Comune di CASORIA Provincia di Napoli C.A.P. 80026

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_  
(specificare)

**SEZIONE GENERALE ( Parte da compilare sempre)**

A tal fine

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000, e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

- che i propri dati sono quelli riportati nella prima pagina della presente domanda;
- di possedere i requisiti di idoneità morale previsti dalla normativa vigente
- che l'immobile è identificato al Catasto Fabbricati al foglio \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_ particella \_\_\_\_ sub \_\_\_\_ ed il proprietario dell'unità immobiliare è: \_\_\_\_\_
- di avere la disponibilità dell'immobile in cui verrà svolta l'attività a titolo di
- proprietà
  - locazione
  - comodato
  - fitto di azienda, o di ramo di azienda
  - altro (indicare) \_\_\_\_\_;
- che i locali non hanno subito alcuna modifica sotto l'aspetto igienico-sanitario rispetto al parere sanitario rilasciato al precedente titolare (solo in caso di variazioni)
- (*autocertificazione antimafia*) ai sensi dell'art. 3 D.Lgs. 490/94 e dell'art. 5 del D.P.R. 252/98, che nei propri confronti non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della legge 575/65 (*attenzione in caso di società la dichiarazione va resa da ciascun socio*)

Elenco dei soci che sottoscrivono l'autocertificazione dei requisiti morali (in caso di SOCIETA') (compilare allegato 2):

cognome e nome	luogo e data di nascita	residenza

Si allega la modulistica relativa al procedimento, e copia di un **documento di riconoscimento in corso di validità** con sottoscrizione in originale. Se cittadino extra-comunitario, allegare copia del permesso di soggiorno in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data	timbro	firma leggibile
Il sottoscritto delega, ai soli fini della trattazione della pratica, il sig. _____		
nato a _____ (____) il ____/____/____, residente in _____		
(____) alla via _____ n. _____, tel. _____		
cell. _____ fax _____ e-mail _____		
in qualità di _____.		
Firma del delegante _____		
Firma del delegato _____		

**Allegati:**

- N. 2 copie della ricevuta del Bonifico Bancario Banco di Napoli – Agenzia di Pozzuoli – Conto corrente 10000/300018 – IBAN IT 57E0101040100100000300018 – Intestato a A.S.L. NAPOLI 2 NORD – Causale: Parere igienico sanitario – Importo ai sensi del vigente tariffario regionale.
- N. 3 copie Relazione tecnica descrittiva dei locali redatta da tecnico abilitato, firmata e timbrata dallo stesso, con espressa indicazione:
  - a) descrizione dei locali e indicazione delle altezze e delle superfici
  - b) descrizione di tutte le fasi del ciclo produttivo
  - c) elenco di tutte le materie prime e di tutte le altre sostanze che intervengono nel ciclo produttivo
  - d) elenco di tutte le apparecchiature e macchinari utilizzati
  - e) rifiuti residui dell'attività svolta
  - f) descrizione degli scarichi civili (recapito finale), scarichi industrialiInoltre, nella stessa Relazione, dovrà essere indicato il numero e la data di rilascio della concessione edilizia relativa al manufatto e i relativi dati catastali: foglio-particella-subalterno.
- N. 3 copie Planimetria 1:100 n. 2 planimetrie dei locali, con legenda, in scala 1:100, con stralcio planimetrico della zona ed indicazione dell'esercizio, firmata e timbrata da tecnico abilitato (per i vani interrati o seminterrati occorre riportare anche le rispettive percentuali di interramento e sezioni dei locali);
- N. 3 copie Relazione fonometrica previsionale redatte da tecnico abilitato (ove occorrente);
- N. 2 copie Schede omologazione macchinari ed attrezzature (ove occorrenti);
- N. 2 copie Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico ai sensi della L. n.46/90 con allegato certificato di iscrizione al Registro Imprese della ditta installatrice;
- N. 2 copie Dichiarazione circa la tenuta di Registro carico/scarico rifiuti speciali e che la raccolta e smaltimento di rifiuti speciali avverrà con modalità di Legge a mezzo di ditta specializzata (ove occorrente);
- N. 2 copie documentazione comprovante l'avvenuta comunicazione Regionale ai sensi della L. n.203/88 in caso di attività ad essa propedeutica (RIA);
- Copia del Certificato di agibilità;
- Documentazione comprovante la disponibilità dei locali;
- Copia certificato prevenzione incendio (ove richiesto)
- Copia titolo di studio (ove richiesto) (ad esempio per Laboratori Odontotecnici)
- Dichiarazione del responsabile tecnico (vedi allegato 1)

**In aggiunta in caso di Società**

- Certificato d'iscrizione della società al Registro delle Imprese con dicitura antimafia
- N. \_\_\_\_\_ dichiarazioni requisiti soci (vedi allegato 2)

#### Note informative

Ai fini della vigilanza igienico sanitaria di cui all'art. 194 del T.U. delle leggi sanitarie, chiunque intenda avviare un'attività di cui alla presente modulistica deve presentare una Domanda come sopra riportata, completa degli allegati necessari.

Nel caso di richiesta di voltura per subingresso o per variazioni della titolarità (cambio di Ragione Sociale, di Legale Rappresentante, della sede dell'impresa, ecc. ) trattandosi di continuazione di attività, purché sanciti con regolare atto notarile, se nell'istanza sarà dichiarato, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, che :”Lo stato dei luoghi non ha subito alcuna variazione a livello strutturale e che siano stati rispettati e conservati i requisiti igienico-sanitari per l'attività richiesta e per la quale già precedentemente è stato espresso parere” , nessuna documentazione tecnica dovrà essere allegata, in quanto si procederà al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria aggiornata, d'ufficio, senza ulteriore richiesta di espressione di parere igienico sanitario (art.27 dpr 327/80). La documentazione da allegare sarà quella tesa a comprovare l'avvenuta variazione.

Nel caso l'impresa intenda variare l'ubicazione o apportare modifiche ai locali ed impianti, occorre presentare nuova domanda al servizio competente, in quanto ciò comporta il rilascio di una nuova autorizzazione.

Una copia della presente domanda, corredata delle dichiarazioni, relazioni tecniche, elaborati planimetrici e attestazioni prodotte, viene trasmessa all'**ASL NAPOLI 2 NORD**, territorialmente competente, per il parere igienico sanitario di competenza – atto presupposto per il rilascio dell'Autorizzazione sanitaria.

Inoltre una copia della presente domanda, corredata delle dichiarazioni, relazioni tecniche, elaborati planimetrici e attestazioni prodotte, viene trasmessa al **Settore Urbanistica del Comune** per le verifiche urbanistiche ed edilizie.

Ciascuno di questi uffici potrà richiedere, anche direttamente, ulteriori integrazioni sulla base delle risultanze dell'istruttoria condotta.

**Attenzione: La mancata allegazione della documentazione riportata nel presente modulo comporterà il rigetto della domanda.**







COMUNE DI CASORIA	Casoria (NA) Via Nazario Sauro, ang. Via F. Baracca Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata): protocollo@pec.comune.casoria.na.it Tel: 081.7053808 - 081.7053826 - E-mail: servizio.tributi@comune.casoria.na.it Orario: lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 9.00 alle 12.30 – mercoledì anche dalle 15.30 alle 17.00
(PROVINCIA DI NAPOLI)	
Il Settore SERVIZIO TRIBUTI	

## DENUNCIA PER ATTIVITÀ TARSU / TARES

**Al Comune di Casoria (NA)  
Ufficio Tributi - Tramite Suap**

<b>Il sottoscritto firmatario della presente</b>									
<b>Cognome</b>					<b>Nome</b>				
<b>Codice Fiscale</b>									
Data di nascita					Cittadinanza				
Luogo di nascita: Comune				Provincia			Stato		
Residenza: Comune				Provincia					
Via/P.zza			n°		C.A.P.				
Tel.			Cell.			Fax.			
PEC									
<input type="checkbox"/> <b>Titolare dell'omonima impresa individuale</b>					P.IVA				
Iscritta al Registro delle imprese di (se già iscritta)					AL N.				
Codice ATECO (obbligatorio):									
<input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante di:</b> (specificare)									
<b>Denominazione o ragione sociale</b>									
<b>Codice Fiscale</b>									
Iscritta al Registro delle imprese di		AL N.							
Codice ATECO (obbligatorio):									
Sede legale <input type="checkbox"/> amministrativa <input type="checkbox"/> nel Comune di									
Prov.									
Via/P.zza			n°		C.A.P.				
Tel.			Cell.			Fax.			
e-mail									

**dichiara di esercitare l'attività nei locali sottoindicati**

CATEG. (Riservato Ufficio)	Uso	Superfici interne (mq)	Superfici esterne (mq)	Estremi Catastali		
				Foglio	Part.	Sub.

dichiara inoltre che i locali sono di proprietà di

Denominazione o ragione sociale o Cognome e Nome	
Codice Fiscale	

dichiara di cambiare ragione sociale

Precedente ragione sociale	
Denominazione o ragione sociale	
Codice Fiscale	
P.IVA	
Iscritta al Registro delle imprese di	AL N.

dichiara di cessare la propria attività

CESSA DAL ____/____/____ PER:	
<input type="checkbox"/> trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa	<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
<input type="checkbox"/> chiusura definitiva dell'esercizio	_____

dichiara di subentrare

Esercizio attualmente ubicato in			
Comune di		Prov.	
Via/P.zza		n°	C.A.P.
Tel.	Cell.	Fax.	
e-mail			
per l'attività di			
<b>Subentrerà all'impresa:</b>			
Codice Fiscale		P.IVA	
A seguito di:			
<input type="checkbox"/> Compravendita	<input type="checkbox"/> fallimento		
<input type="checkbox"/> affitto d'azienda	<input type="checkbox"/> reintestazione a seguito di _____		
<input type="checkbox"/> donazione	<input type="checkbox"/> successione		
<input type="checkbox"/> fusione	<input type="checkbox"/> altre cause _____		
<i>(specificare)</i>			
* Si rammenta che a norma dell'art. 2556 c.c. i contratti di trasferimento, di proprietà o gestione di un'azienda commerciale sono stipulati presso un notaio.			

Si allega la modulistica relativa al procedimento, e copia di un documento di riconoscimento in corso di validità. Se cittadino extra-comunitario, allegare copia del permesso di soggiorno in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a è informato/a e autorizza raccolta e trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

**Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 19/6 c. della legge n. 241/1990 nonché dal capo VI del D.P.R. n.445/2000.**

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Timbro

\_\_\_\_\_ firma leggibile