



Amministrazione destinataria

Comune di Filottrano

Ufficio destinatario

**COMUNICAZIONE:**
 modifica ragione sociale

## Comunicazione di modifica della ragione sociale in attività di commercio su aree pubbliche in forma itinerante

**Il sottoscritto**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
-----------------	-------	------------------	--------------

Residenza	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	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	Scala	Piano	SNC	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 commercio su aree pubbliche in forma itinerante all'interno del settore merceologico****Classificazione**

- non alimentare
- alimentare

**Presenza di attività di somministrazione di alimenti e bevande**

- no
- sì

**Specializzazione merceologica****in precedenza avviata tramite****Titolo autorizzativo**

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

**Protocollo****Data****Ente di riferimento****COMUNICA**

la modifica della ragione sociale

**Precedente ragione sociale****Nuova ragione sociale** **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)*

- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- 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.

Filottrano

**Luogo****Data****il dichiarante**