

Spazio per apporre il timbro di protocollo	ALLO SPORTELLO UNICO
--	----------------------

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' (SCIA)

(D.M.741/94,168/96 – LEGGI 573/96, 42/99, 251/00)

ATTIVITA' DI : FISIOTERAPIA

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso ☐ M ☐ F

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

In via/p.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____

In qualita' di:

☐ Titolare dell'omonima impresa individuale

☐ Legale rappresentante della società

☐ Altro

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partita I.V.A.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Denominazione o ragione sociale _____

Con sede nel Comune di _____ Provincia _____

In via/p.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. _____

N° d'iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

Altre informazioni rilevanti _____

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, Il/La sottoscritt _____ è consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni false e mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti prevista dall'art. 75 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere

Inoltra

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' (S.C.I.A)

Di **FISIOTERAPIA**

INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO

Comune

C.A.P. |_|_|_|_|_|

Via, Piazza, _____ N. |_|_|_|

Il sottoscritto DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. 489 Codice Penale:

- **di essere in possesso del TITOLO abilitante alla Professione Sanitaria di FISIOTERAPISTA (laurea triennale in FISIOTERAPIA o Titolo Equipollente;**
- **di essere in possesso dei requisiti soggettivi morali;**
- **di essere in possesso dei requisiti sanitari, urbanistici e di sicurezza previsti dalle normative vigenti in materia;**

ALLEGATI:

- ☐ planimetria dell'immobile firmata dal tecnico abilitato, con il riferimento ai dati relativi alla concessione edilizia e con l'indicazione della destinazione d'uso cui dei locali;
- ☐ relazione tecnica a cura del responsabile del progetto attestante l'agibilità dei locali, la sicurezza, nonché la messa in regola in materia di barriere architettoniche, nel caso di voglia agevolare l'utenza.
- ☐ autocertificazione antimafia del titolare e dei soci responsabili, con fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ copia permesso di soggiorno per cittadini extracomunitari, in corso di validità.

Si chiede di inviare eventuali comunicazioni al seguente indirizzo _____

_____ Tel. _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

La segnalazione certificata d'inizio attività (SCIA) consente l'avvio immediato dell'esercizio dell'attività agrituristica. Il Comune compiuti i necessari accertamenti, può, entro sessanta giorni, formulare rilievi motivati prevedendo i relativi tempi di adeguamento senza sospensione dell'attività in caso di lievi carenze e irregolarità, ovvero, nel caso di gravi carenze e irregolarità, può disporre l'immediata sospensione dell'attività sino alla loro rimozione da parte dell'interessato, opportunamente verificata, entro il termine stabilito dal comune stesso.

_____ li, _____

IL/LADICHIARANTE
