

Spett.le SUAP COMUNI MONTANI APPENNINO PISTOIESE  
(Comuni di Abetone Cutigliano – San Marcello Piteglio-Sambuca P.se)

**ESCLUSIVAMENTE TRAMITE PORTALE REGIONALE STAR \*CODICE 96.06.02R**

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'**

(Art. 76 del R.D. 635/1940 e art. 31 L. 110/1975)

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

**CHIEDE RELATIVAMENTE AD:**

| 0 | Codice    | Nome attività                                                                             | Oggetto                                                                                |
|---|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|   | 96.06.02R | <input type="checkbox"/> Istruttore di tiro<br><input type="checkbox"/> Direttore di tiro | <input type="checkbox"/> NUOVA ATTIVITA'<br><input type="checkbox"/> RINNOVO TRIENNALE |

**ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                        |                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| A1 | <b>DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                |                        |                                |
|    | Cognome                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                | Nome                   |                                |
|    | Nato a                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                | Prov.                  | il                             |
|    | Residente in                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                | Prov.                  | CAP                            |
|    | Via/piazza                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                        | n.                             |
|    | Tel.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CELL.                                          | Cod. fisc.             |                                |
|    | Cittadinanza                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                        |                                |
|    | Indirizzo email/pec                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                        |                                |
| A2 | <b>IN QUALITA' DI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                        |                                |
|    | <input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Legale rappresentante |                        | <input type="checkbox"/> altro |
| A3 | <input type="checkbox"/> Persona fisica                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                        |                                |
|    | <b>DELLA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                        |                                |
|    | Forma giuridica *                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                | Denomin.**             |                                |
|    | Sede legale nel Comune di ***                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |                        | Provincia                      |
|    | Via/piaz.                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                | N. civico              | CAP                            |
|    | Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di                                                                                                                                                                                                                                      |                                                | N. iscrizione registro |                                |
|    | Partita IVA                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                | Codice Fiscale         |                                |
|    | Note:<br>* SNC, SAS, SPA, SRL, etc.;<br>** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1 |                                                |                        |                                |

|   |                                                       |        |           |     |
|---|-------------------------------------------------------|--------|-----------|-----|
| B | <b>INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI</b> |        |           |     |
|   | Via                                                   | Comune | Prov.     | CAP |
|   | pec                                                   | Telef  | Cellulare |     |

NUOVA ATTIVITA'

|   |                                                                                                                                                                                                       |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C | <b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>                                                                                                                                                |
|   | <p>Il sottoscritto dichiara che a far data dal _____ di svolgere la suddetta attività presso la Sezione di tiro a segno Nazionale con sede nel Comune di _____</p> <p>In Via/P.zza _____ n° _____</p> |

RINNOVO TRIENNALE

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E | <b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>                                                                                                                                                                                                                                           |
|   | <p>Il sottoscritto dichiara di proseguire l'attività per gli anni _____ di cui alla licenza n. _____ del _____ rilasciata dal Comune di _____</p> <p>E di svolgere la suddetta attività presso la Sezione di tiro a segno Nazionale con sede nel Comune di _____ In Via/P.zza _____ n° _____</p> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F  | <b>REQUISITI PERSONALI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| F1 | <p><b>REQUISITI DI ONORABILITA'</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali e né di essere in qualsiasi altra situazione che impedisca, ai sensi della normativa vigente, l'esercizio dell'attività (artt. 11, 43 e 131 T.U.L.P.S – RD 18/06/1931 N. 773)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui al D.lgs. n. 159 del 06/09/2011 (normativa antimafia)</p> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F2 | <b>REQUISITI PROFESSIONALI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|    | <p>DICHIARA: di essere in possesso della capacità tecnica per l'esercizio dell'attività in quanto possiede <b><u>UNO DEI REQUISITI SOTTO ELENCATI</u></b>:</p> <p><input type="checkbox"/> possiede una licenza di porto d'arma in corso di validità rilasciato da _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> di non essere in possesso del porto d'armi</p> <p><input type="checkbox"/> ha ottenuto in data _____ l'abilitazione a seguito di esame di fronte alla Commissione Tecnica Provinciale di _____ per Sostanze Esplosive ed Infiammabili di cui all'art. 49 del R.D. 18.06.1931, n° 773 (T.U.L.P.S. );</p> <p><input type="checkbox"/> ha prestato servizio militare nelle Forze Armate o in uno dei Corpi Armati dello Stato, ovvero nei ruoli del personale civile della pubblica sicurezza in qualità di Funzionario nel periodo dal _____ al _____;</p> <p><input type="checkbox"/> è in possesso di Certificato di idoneità al maneggio delle armi rilasciato da una Sezione delle U.I.T.S.;</p> |
|    | <p><b>DI ESSERE TESSERATO DELLA SEGUENTE SEZIONE:</b></p> <p>Sezione U.I.T.S. (Unione Italiana Tiro a Segno) - Sezione di _____</p> <p>di cui è Presidente il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____ e residente a _____ in via/piazza _____ n° _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|    |                                                                      |               |                                                   |                |
|----|----------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------|----------------|
| F3 | <b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b> |               |                                                   |                |
|    | di essere in possesso di permesso di soggiorno per *                 |               | di essere in possesso di carta di soggiorno per * |                |
|    | N.                                                                   | Rilasciato da | Il                                                | Valida fino al |
|    | * Specificare il motivo del rilascio                                 |               |                                                   |                |

### Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy

**[ X ]** Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa (semplificata e dettagliata) esposta sul sito istituzionale del SUAP dell'Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese a cui è rivolta la presente segnalazione.

Data e luogo

Firma del dichiarante

[   ] Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.lgs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa."

#### Allegati:

1. Documento di Identità in corso di validità del dichiarante (se non in firma digitale)
2. (eventuale) copia del Certificato di idoneità al maneggio delle armi rilasciato da una Sezione della U.I.T.S., qualora il richiedente possieda tale requisito; negli altri casi il richiedente può produrre copia della documentazione attestante il possesso della capacità tecnica;
3. certificato medico rilasciato dal proprio medico di base attestante l'idoneità psico-fisica all'esercizio dell'attività **non dovuto se il richiedente è in possesso di porto d'armi**;
4. dichiarazione del Presidente della Sezione U.I.T.S. (Unione Italiana Tiro a Segno), attestante che il richiedente –iscritto a tale sezione – è in possesso di adeguata esperienza per svolgere tale attività
5. Copia porto d'armi;
6. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.
7. Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse;
8. Copia versamento diritti SUAP pari ad Euro 50,00 – da versare tramite PAGOPA al link:  
<https://comunimontaniappenninopistoiese.unione.pluginpay.it/>