

Dades del titular de l'activitat

Nom:	DNI/NIE/CIF:	
Adreça particular:		
Codi postal:	Població:	Telèfon:
e-mail:	Fax:	

Dades del representant del titular de l'activitat

Nom:	DNI/NIE/CIF:	
Adreça per a notificacions:		
Codi postal:	Població:	Telèfon:
e-mail:	Fax:	

En data _____ (núm. registre entrada _____) vaig presentar COMUNICACIÓ INICI ACTIVITAT INNÓCUA III.2

D'acord amb la regulació establerta en el Títol IV ("Règim de comunicació prèvia de les **activitats innòcues de l'Annex III.2**") de l'Ordenança municipal reguladora del règim d'intervenció administrativa de les activitats i instal·lacions (OMIAI)

Adjunto la documentació **complementària** que assenyalo (preceptiva segons l'art. 36 de l'OMIAI):

	COMPROVACIÓ OAC (a emplenar per l'administració)		
<input type="checkbox"/> DNI/NIF/NIE titular activitat o representant societat titular (còpia)	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CIF de la societat titular (còpia)	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Escriptura notarial íntegra de constitució de la societat titular (còpia)	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plànol delineat de planta del local, signat sol·licitant o tècnic (escala 1:100 o 1:50)	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plànol delineat de secció del local, signat sol·licitant o tècnic (escala 1:100 o 1:50)	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plànol d'emplaçament del local	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Justificant de la idoneïtat i vigència dels extintors (factura/certificat)	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Qüestionari descriptiu de les instal·lacions de l'activitat, signat	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Declaració responsable del titular de l'activitat, signada	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
* En cas d'activitats amb ref. de documentació "22":			
<input type="checkbox"/> Memòria sanitària de l'activitat	ADJUNTA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cambrils, de _____ de 201
(Signatura)

Mentre no estigui completa la documentació NO es pot exercir l'activitat

Les dades de caràcter personal que ens proporciona seran incorporades a un fitxer responsabilitat de l'Ajuntament de Cambrils amb la finalitat d'exercir les seves competències i funcions conforme als termes establerts a la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. Pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició presentant un escrit al Registre General de l'Ajuntament, pl. de l' Ajuntament, 4 - 43850 Cambrils.