

# Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

istema Informativo Demanio marittimo

## Modello Domanda D4

Amministrazione Competente: AUTORITA' PORTUALE SAVONA



quadro	DOMANDA DI SUBINGRESSO
principale	

### Concessione Oggetto di Subingresso

Amministrazione che ha rilasciato il titolo: AUTORITA' PORTUALE SAVONA

Numero Concessione: 5 Anno Concessione: 2020

tipo Concessione: LICENZA Legge Concessione AP: Concessione ex art 36 Cod.Nav

### Stremi Domanda Precedente

Amministrazione a cui è stata presentata:

Numero di protocollo: Data Registrazione:

### QUADRI BASE COMPILATI

- ☐ SF SUBENTRANTE - persona fisica  
☒ SD SUBENTRANTE - soggetto diverso da persona fisica  
☒ DC DATI DEL CONCESSIONARIO

### QUADRI FACOLTATIVI COMPILATI

- ☒ EC ELEZIONE DOMICILIO CONCESSIONARIO  
☒ ES ELEZIONE DOMICILIO SUBENTRANTE  
☐ PC PROCURATORE CONCESSIONARIO  
☐ PS PROCURATORE SUBENTRANTE  
☒ DI DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA

Il sottoscritto chiede di poter essere sostituito nel godimento della concessione dal/i subentrante/i identificato/i nel relativo quadro ed eventuali intercalari.

Dichiara, altresì, che tutte le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere.

Luogo e data

Savona 21/08/2020

FIRMA

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di voler subentrare nella concessione demaniale marittima oggetto della presente domanda e di voler succedere nelle posizioni attive e passive, passate e future che ne derivano come se la concessione gli fosse stata rilasciata fin dall'origine. Dichiara, altresì, che tutte le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere.

Luogo e data

Savona 21/08/2020

FIRMA

### Spazio riservato all'ufficio

Numero di protocollo: Codice Amministrazione - Codice AOO - Nr. Registrazione

Da registrazione:

FIRMA DEL RESPONSABILE

**Quadro SD SUBENTRANTE - soggetto diverso da persona fisica -**

**Dati Identificativi**

Codice Fiscale: 01818380097

Ragione Sociale / Denominazione: BAR RISTORANTE DEL PORTO DI POLVERINO JENNIFER

Denominazione Abbreviata:

**Sede Legale**

Comune ( o Stato Estero) della Sede Legale: SAVONA

Frazione (o Comune Estero) della Sede Legale:

C.A.P.: 17100

Provincia: SV

Indirizzo: VIA SAREDO

Numero Civico: 40/2

Telefono: [REDACTED]

Fax: - -

E-mail:

**Sede Secondaria**

Comune ( o Stato Estero) della Sede Secondaria:

Frazione (o Comune Estero) della Sede Secondaria:

C.A.P.:

Provincia:

Indirizzo:

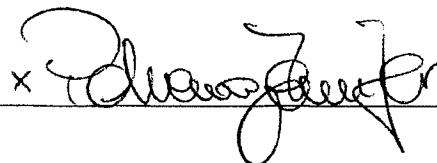
Numero Civico:

Telefono: - -

Fax: - -

E-mail:

FIRMA

x 

**Dati Anagrafici (del rappresentante legale/titolare)**

Codice Fiscale: PLVJNF79B66D969A

Sesso: F

Cognome: POLVERINO

Nome: JENNIFER

Comune ( o Stato Estero) di Nascita: GENOVA

C.A.P.: 16100

Provincia: GE

Data di Nascita: 26/02/1979

Cittadinanza: I

**Residenza Anagrafica (del rappresentante legale/titolare)**

Comune di Genova, via S. Andrea Savona

Sezione

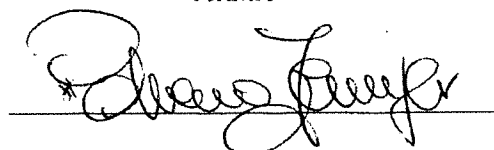
C.A.P.

Provincia

Indirizzo di residenza

Numero di telefono

FIRMA



**Quadro DC****DATI DEL CONCESSIONARIO****Persona Fisica**

Il sottoscritto

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

**Soggetto Diverso da Persona Fisica**

Il sottoscritto

Codice Fiscale: SCCRRT74M25I480N

Cognome: SACCENTI

Nome: ROBERTO

In qualità di rappresentante legale della

Ragione Sociale/Denominazione: BAR OSTERIA ZONA 12 DI SACCENTI ROBERTO

Codice Fiscale: 0170900090

**Motivazione Subingresso**

CESSIONE ATTIVITÀ

**Collegamento Concessionario cedente e subentrante/i**

Dichiara di voler essere sostituito nel godimento della concessione dal/i soggetto/i seguenti:

01818380097

BAR RISTORANTE DEL PORTO DI POLVERINO JENNIFER

FIRMA



**Dati identificativi del domiciliatario** (nel caso si elegga domicilio presso soggetto persona fisica)

Codice Fiscale: **PIVYNN79B630960A**

Cognome: **PIVOTTI**

Nome: **JENNIFER**

**Dati identificativi del domiciliatario** (nel caso si elegga domicilio presso soggetto diverso da persona fisica)

Codice Fiscale:

Ragione Sociale/Denominazione:

Denominazione Abbreviata:

**Domicilio**

Cognome del Titolare: **PIVOTTI**

Provincia: **SV**

CAP: **54100**

Indirizzo: **VIA SARDI 10**

Numero Circo: **407**

Telefono: **0039 - 0421 / 254521**

Fax:

E-mail: **jennifer.pivotti@gmail.com**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

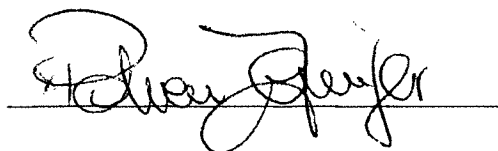
**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

FIRMA



**Quadro EC****ELEZIONE DOMICILIO CONCESSIONARIO****Dati identificativi del domiciliatario** (nel caso si elegga domicilio presso soggetto persona fisica)

Codice Fiscale: SCCRRT74M25I480N

Cognome: SACCENTI

Nome: ROBERTO

**Dati identificativi del domiciliatario** (nel caso si elegga domicilio presso soggetto diverso da persona fisica)

Codice Fiscale:

Ragione Sociale/Denominazione:

Denominazione Abbreviata:

**Domicilio**

Frazione:

C.A.P.: 12100

Provincia: SV

Indirizzo: VIA BAGLIETTO

Numero Civico: 6

Telefono: 0039 - 335 241883

Fax: - -

FIRMA



**DOCUMENTO**

**N.COPI**

Attribuzione partita Iva pulverino jennifer

1

Carta identità saccenti roberto

1

Carta identità pulverino jennifer

1

**FIRMA**

