

spazio per la protocollazione

AL COMUNE DI _____
COM 1 ESERCIZIO DI VICINATO Comunicazione

PRIVACY: Nel compilare questo modello le chiederemo di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del Decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.

Il presente modello va presentato **in due copie**, una per l'Ufficio, una per l'interessato (ulteriori copie se compilata la sezione B1)

II/La sottoscritto/a			
cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	recapiti
(per lo straniero)	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio
	rilasciato da	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)
il/la sottoscritto/a dichiara			

<input type="checkbox"/> in qualità di titolare dell'impresa individuale			
codice fiscale		partita IVA	
sede nel comune di		provincia o stato estero	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	recapiti
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

<input type="checkbox"/> in qualità di legale rappresentante della società			
denominazione sociale			
codice fiscale		partita IVA	
sede nel comune di		provincia o stato estero	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	recapiti
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

trasmette comunicazione		<i>art. 7 e 26 c. 5 D. Lgs. 31.3.1998 n. 114</i>
per	<input type="checkbox"/> Sezione A – apertura nuovo esercizio	
	<input type="checkbox"/> Sezione B - subingresso	
	<input type="checkbox"/> Sezione C e C1 – trasferimento di sede dell'esercizio	
	<input type="checkbox"/> Sezione C e C2 – ampliamento o riduzione della superficie di vendita	
	<input type="checkbox"/> Sezione C e C3 – modifiche di settori merceologici a parità di superficie	
	<input type="checkbox"/> Sezione D – cessazione attività	

dichiara quanto contenuto nella rispettiva sezione:

A APERTURA NUOVO ESERCIZIO						
indirizzo dell'esercizio						
comune					C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.					numero civico	
altri eventuali ingressi del locale (specificare via e n° civici)						
dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	particella	subalterno
settore o settori merceologici e superfici di vendita						
<input type="checkbox"/> settore alimentare (è necessario essere in possesso dei requisiti professionali)					mq. [][][][] , [][][]	
<input type="checkbox"/> settore non alimentare					mq. [][][][] , [][][]	
tabelle speciali riservate ai titolari di						
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio					mq. [][][][] , [][][]	
<input type="checkbox"/> farmacie					mq. [][][][] , [][][]	
<input type="checkbox"/> impianti carburanti					mq. [][][][] , [][][]	
superficie totale di vendita dell'esercizio					mq. [][][][] , [][][]	
superficie complessiva dell'esercizio						
compresa la superficie adibita ad altri usi (magazzini, depositi, servizi, ecc.)					mq. [][][][] , [][][]	
<input type="checkbox"/> a carattere permanente						
<input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal [][][] al [][][]						
inserito in un centro commerciale <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO						
specificare denominazione del centro commerciale ed estremi autorizzazione						
nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO						

B SUBINGRESSO						
indirizzo dell'esercizio						
comune					C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.					numero civico	
altri eventuali ingressi del locale (specificare via e n° civici)						
di subentrare all'impresa						
cognome e nome o denominazione sociale						
codice fiscale				partita IVA		
di cui al titolo abilitativo						
autorizzazione o denuncia di inizio attività n°				del		
a far data dal [][][] (indicare la data degli effetti giuridici dell'atto di cessione)						
di non aver modificato i locali, né alcuno degli elementi oggetto del titolo abilitativo originario, la cui descrizione viene riportata di seguito, eccezion fatta per la variazione soggettiva qui comunicata						
descrizione dell'attività						
<input type="checkbox"/> settore alimentare (è necessario essere in possesso dei requisiti professionali)					mq. [][][][] , [][][]	
<input type="checkbox"/> settore non alimentare					mq. [][][][] , [][][]	
tabelle speciali riservate ai titolari di						
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio					mq. [][][][] , [][][]	
<input type="checkbox"/> farmacie					mq. [][][][] , [][][]	
<input type="checkbox"/> impianti carburanti					mq. [][][][] , [][][]	
superficie totale di vendita dell'esercizio					mq. [][][][] , [][][]	

la compilazione di questa sezione continua nella pagina successiva

B1			dichiara inoltre		
di subentrare nelle seguenti autorizzazioni/titoli di abilitazione acquisiti dal precedente titolare (se compilata questa sezione, presentare una copia del presente modello per ogni titolo cui si dichiara di subentrare)					
1.	Concessione Occupazione Suolo Pubblico	numero		del	
2.	Autorizzazione Insegne	numero		del	
3.	Autorizzazione Tende	numero		del	
4.	Autorizzazione Ascensori	matricola numero		Impianto numero	
5.	Autorizzazione Montacarichi	matricola numero		Impianto numero	
6.	Autorizzazione per Scarichi Idrici	numero		del	
7.	Altro	numero		del	

C VARIAZIONI (riportare la situazione preesistente)						
indirizzo dell'esercizio						
comune					C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.					numero civico	
altri eventuali ingressi del locale (specificare via e n° civici)						
dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	particella	subalterno
settore o settori merceologici e superfici di vendita						
<input type="checkbox"/> settore alimentare				mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> settore non alimentare				mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
tabelle speciali riservate ai titolari di						
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio		<input type="checkbox"/> farmacie		<input type="checkbox"/> impianti carburanti		mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
superficie totale di vendita dell'esercizio					mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
superficie complessiva dell'esercizio						
compresa la superficie adibita ad altri usi (magazzini, depositi, servizi, ecc.)					mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> a carattere permanente						
<input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> al <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
inserito in un centro commerciale <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO						
specificare denominazione del centro commerciale ed estremi autorizzazione						
nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO						

C 1 TRASFERIMENTO SEDE DELL'ESERCIZIO						
l'esercizio indicato alla sezione C sarà trasferito nel locale sito in						
comune					C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.					numero civico	
altri eventuali ingressi del locale (specificare via e n° civici)						
dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	particella	subalterno
<i>la compilazione di questa sezione continua nella pagina successiva</i>						

settore o settori merceologici e superfici di vendita	<input type="checkbox"/> con ampliamento
	<input type="checkbox"/> con riduzione
<input type="checkbox"/> settore alimentare <i>(è necessario essere in possesso dei requisiti professionali)</i>	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> settore non alimentare	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
tabelle speciali riservate ai titolari di	
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio <input type="checkbox"/> farmacie <input type="checkbox"/> impianti carburanti	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
superficie totale di vendita dell'esercizio	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
superficie complessiva dell'esercizio <i>compresa la superficie adibita ad altri usi (magazzini, depositi, servizi, ecc.)</i>	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
inserito in un centro commerciale <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO	
specificare denominazione del centro commerciale ed estremi autorizzazione	
nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO	

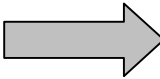
C 2 AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DELLA SUPERFICIE DI VENDITA	
la superficie di vendita dell'esercizio indicato alla sez. C sarà	<input type="checkbox"/> ampliata a
	<input type="checkbox"/> ridotta a
settore o settori merceologici e superfici di vendita	
<input type="checkbox"/> settore alimentare <i>(è necessario essere in possesso dei requisiti professionali)</i>	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> settore non alimentare	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
tabelle speciali riservate ai titolari di	
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio <input type="checkbox"/> farmacie <input type="checkbox"/> impianti carburanti	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
superficie totale di vendita dell'esercizio	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
superficie complessiva dell'esercizio <i>compresa la superficie adibita ad altri usi (magazzini, depositi, servizi, ecc.)</i>	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>





C 3 MODIFICHE DEI SETTORI MERCEOLOGICI A PARITÀ DI SUPERFICIE	
nell'esercizio indicato nella sezione C sarà eliminato il settore o tabelle	
<input type="checkbox"/> settore alimentare	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> settore non alimentare	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
tabelle speciali riservate ai titolari di	
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio <input type="checkbox"/> farmacie <input type="checkbox"/> impianti carburanti	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
nell'esercizio indicato nella sezione C sarà aggiunto il settore o tabelle	
<input type="checkbox"/> settore alimentare <i>(è necessario essere in possesso dei requisiti professionali)</i>	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> settore non alimentare	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
tabelle speciali riservate ai titolari di	
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio <input type="checkbox"/> farmacie <input type="checkbox"/> impianti carburanti	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
con la conseguente redistribuzione della superficie di vendita	
<input type="checkbox"/> settore alimentare	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> settore non alimentare	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
tabelle speciali riservate ai titolari di	
<input type="checkbox"/> rivendite generi di monopolio <input type="checkbox"/> farmacie <input type="checkbox"/> impianti carburanti	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
superficie totale di vendita dell'esercizio	mq. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>

D CESSAZIONE ATTIVITÀ	
l'esercizio ubicato in	
comune	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.	numero civico
inserito in un centro commerciale <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO	
specificare denominazione ed estremi autorizzazione	
cesserà l'attività dal	(indicare il primo giorno di chiusura effettiva)
<input type="checkbox"/> per chiusura definitiva dell'esercizio <input type="checkbox"/> per trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa	

ATTIVITÀ ESERCITATA
Indicare i prodotti che vengono venduti al dettaglio in misura:
prevalente
secondaria

ALLEGATI
Il sottoscritto allega al presente modello:
<input checked="" type="checkbox"/> (obbligatorio) Copia di un documento di identità in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono (obbligatorio eccetto che per riduzione superficie/settore e cessazione)
<input type="checkbox"/> Attestazione pagamento Diritti Suap di € _____ sul c/c _____ intestato al Comune di _____ - Diritti Suap – Serv. Tesoreria
<input type="checkbox"/> (obbligatorio, per il commercio dei generi alimentari, eccetto in caso di cessazione per trasferimento in proprietà o gestione) Notifica ai sensi CE 852/04 in tre copie di cui una verrà restituita timbrata all'interessato
<input type="checkbox"/> (obbligatorio, eccetto in caso di subingresso, eliminazione settore alimentare e cessazioni definitiva) Attestazione pagamento Diritti di Registrazione Asl di € 15,00 (nei casi previsti dalla relativa modulistica) sul c/c 27344506 intestata a Azienda Asl Firenze - Diritti sanitari - serv. Tesoreria
<input type="checkbox"/> (obbligatorio, in caso di società) Allegato A - Dichiarazioni dei soci
<input type="checkbox"/> (obbligatorio, per le società, per il commercio dei generi alimentari) Allegato B - Dichiarazione del preposto
<input type="checkbox"/> (obbligatorio, eccetto in caso di cessazione e riduzione superficie/settore) Dichiarazione sull'agibilità dei locali – Allegato D
<input type="checkbox"/> (obbligatorio, in caso di nuova apertura, trasferimento sede, ampliamento superficie e aggiunta settore merceologico) Dichiarazione di impatto acustico – Allegato C

SOTTOSCRIZIONE
<p>Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.</p> <p>Allega fotocopia di valido documento d'identità.</p>
<p>Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante</p> 

RECAPITI :	
 _____	 _____
 _____	
 _____	

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

(va compilato da parte di chi sottoscrive le sezioni A, B e C eccetto eliminazione settore)

II/La sottoscritto/a dichiara

- 1 di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5, comma 2, del Decreto Legislativo n. 114/1998
- 2 che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31/5/1965, n. 575" (antimafia)
- 3 di aver rispettato - relativamente al locale dell'esercizio:
- i regolamenti locali di polizia urbana
 - i regolamenti locali di polizia annonaria ed igienico-sanitaria
 - i regolamenti edilizi
 - le norme urbanistiche e quelle relative alla destinazione d'uso
- 4 (eventuale) di aver rispettato le valutazioni di impatto commerciale adottate ai sensi dell'art. 10 com. 1 lett. c) del D. Lgs. 114/98, indicate da codesto Comune con delibera n. _____ del _____
- 5 (eventuale) di essere a conoscenza che, ai fini della commercializzazione, restano salve le disposizioni concernenti la vendita di determinati prodotti previste da leggi speciali (art. 26, comma 3, del D.Lgs. 114/1998)

da compilare solo per il commercio di prodotti alimentari

solo per le IMPRESE INDIVIDUALI - (per le società compilare l'Allegato B)

- 6 di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali (art. 5, comma 5, D.Lgs. 114/1998):
- 6.1 aver frequentato con esito positivo un corso professionale relativo al settore merceologico alimentare
denominazione dell'istituto _____
sede _____ anno di conclusione _____
oggetto del corso _____
- 6.2 aver esercitato in proprio, per almeno 2 anni nell'ultimo quinquennio, l'attività di vendita all'ingrosso o al dettaglio dei prodotti alimentari dal _____ al _____ tipo di attività _____
iscrizione al Registro Imprese Cciaa di _____ n. _____
- 6.3 aver prestato la propria opera, per almeno 2 anni nell'ultimo quinquennio, presso imprese esercenti l'attività di vendita dei prodotti alimentari:
codice fiscale _____ sede _____
codice fiscale _____ sede _____
quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
- 6.4 di essere iscritto al Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la Cciaa di _____
con il n. _____ per il commercio delle ex tabelle merceologiche _____
- 6.5 di aver superato l'esame di idoneità o frequentato con esito positivo il corso per l'iscrizione al Registro Esercenti il Commercio (REC), anche se non seguito dall'iscrizione al registro, presso la Cciaa di _____

solo per le SOCIETÀ

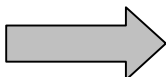
- 7 che i requisiti professionali sono posseduti dal Sig. _____ che ha compilato la dichiarazione di cui all'Allegato B.

SOTTOSCRIZIONE

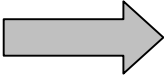
Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.


Allega fotocopia di valido documento d'identità.

Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante



Allegato A**dichiarazioni di altre persone (amministratori, soci, ecc.) indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998***(solo per le società quando è stato compilato il quadro autocertificazione)*

Il/La sottoscritto/a			
cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sexso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono
(per lo straniero)	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio
	rilasciato da	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)
il/la sottoscritto/a			
dichiara		DICHIARA	
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5, comma 2, del Decreto Legislativo n. 114/1998 <input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.10 della Legge 31/5/1965, n. 575" (antimafia)			
<i>Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico n. 445/2000.</i>			
Allega fotocopia di valido documento d'identità.			
		Firma del Socio Amministratore	
			

Il/La sottoscritto/a			
cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sexso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono
(per lo straniero)	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio
	rilasciato da	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)
il/la sottoscritto/a			
dichiara		DICHIARA	
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5, comma 2, del Decreto Legislativo n. 114/1998 <input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.10 della Legge 31/5/1965, n. 575" (antimafia)			
<i>Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico n. 445/2000.</i>			
Allega fotocopia di valido documento d'identità.			
		Firma del Socio Amministratore	
			

Allegato B

dichiarazione del legale rappresentante o preposto all'attività commerciale
 (solo in caso di società esercenti il commercio dei prodotti alimentari quando è compilato il quadro autocertificazione)

Il/La sottoscritto/a

cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono
(per lo straniero)	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio
	rilasciato da	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)
il/la sottoscritto/a			

dichiara

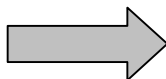
- LEGALE RAPPRESENTANTE** della società _____
- PREPOSTO** dalla società _____
 in data _____ mediante compilazione del punto 7 del quadro autocertificazione

DICHIARA

- 1 di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5, comma 2, del Decreto Legislativo n. 114/1998
- 2 che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31/5/1965, n. 575" (antimafia)
- 3 che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali (art. 5, comma 5, D.Lgs. 114/1998):
- 3.1 aver frequentato con esito positivo un corso professionale relativo al settore merceologico alimentare
 denominazione dell'istituto _____
 sede _____ anno di conclusione _____
 oggetto del corso _____
- 3.2 aver esercitato in proprio l'attività di vendita dei prodotti alimentari dal _____ al _____ tipo
 di attività _____
 iscrizione al Registro Imprese CCIAA di _____ n. _____
- 3.3 aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita dei prodotti alimentari:
 codice fiscale _____ sede _____
 codice fiscale _____ sede _____
 quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
 quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
- 3.4 di essere iscritto al Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la Cciaa di _____
 con il n. _____ per il commercio delle ex tabelle merceologiche _____
- 3.5 di aver superato l'esame di idoneità o frequentato con esito positivo il corso per l'iscrizione al Registro Esercenti il Commercio (REC), anche se non seguito dall'iscrizione al registro, presso la Cciaa di _____

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico n. 445/2000.

Allega fotocopia di valido documento d'identità.



Firma del Preposto

REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ RUMOROSE COMUNALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Resa e sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire e ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000 e con le modalità di cui all'art.38 comma 3 del citato DPR

Il sottoscritto
nato ail..... residente a
Via n..... in qualità di legale rappresentante
dell'impresa.....

A conoscenza che l'art.76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 prevede sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace e che l'Amministrazione ha l'obbligo di provvedere alla revoca del beneficio eventualmente ottenuto dal richiedente in caso di falsità

**DICHIARA
in base al regolamento attività rumorose comunale**

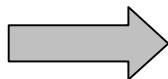
che nello svolgimento dell'attività di
Ubicata in Via/P.zza

1)
.....
.....
.....

2)
.....
.....
.....

3)
.....
.....
.....

Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante



Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

**CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ NELLA FORMAZIONE DEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI
COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA
DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

data di nascita ____/____/____ luogo di nascita _____ (Prov. _____)

residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____ Tel. _____

in qualità di legale rappresentante della _____

con sede legale nel Comune di _____

DICHIARA

per i locali posti in _____

che è stata rilasciata la Certificazione di agibilità/abitabilità dei locali, come risulta dalla sottoelencata documentazione _____

che è stata inviata la certificazione di agibilità/abitabilità dei locali stessi, resa ai sensi del Regolamento Edilizio Comunale, in data _____ e, che tale certificazione, è stata ricevuta in data _____.

che è stata inviata la Perizia Giurata attestante l'agibilità/abitabilità dei locali stessi, resa ai sensi del Regolamento Edilizio Comunale, in data _____ e, che tale perizia, è stata ricevuta in data _____.

Firma del dichiarante



Allegato E

Dichiarazione possesso requisiti per esercizio dell'attività di "Somministrazione non assistita" (se disciplinata dai singoli Comuni)

(obbligatorio, per le imprese commerciali alimentari, comprese quelle di cui all'art. 13 del D.Lgs. 114/98, imprese di panificazione di cui all'art. 4 della L. 248/06 e di imprese artigianali alimentari di cui all'art. 194 del R.E.)

I REQUISITI SOTTO INDICATI COSTITUISCONO CONDIZIONE PRELIMINARE ESSENZIALE PER L'AVVIO DELL'ATTIVITA' DI SOMMINISTRAZIONE NON ASSISTITA.

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

data di nascita ____/____/____ luogo di nascita _____ (Prov. _____)

residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____ Tel. _____

in qualità di legale rappresentante titolare della Società Ditta Individuale

denominazione _____

codice fiscale _____ partita iva _____

con sede legale nel Comune di _____ Via _____

DICHIARA

quale esercente attività:

di vendita al dettaglio in sede fissa settore alimentare

di cui all'art. 13 del D. Lgs. 114/98 (es. gelaterie, gastronomie, pasticcerie, kebab, pizzerie a taglio...)

panificazione di cui all'art. 4 della L. 248/2006

artigianale

di avviare l'esercizio dell'attività non assistita di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande

nei locali posti in _____, Via/P.za _____ n° _____

dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	particella	subalterno
----------------	-----------	--------	---------	--------	------------	------------

CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ NELLA FORMAZIONE DEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

Firma del dichiarante

