

INIZIO ATTIVITÀ

C	DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERÀ L'ATTIVITÀ'				
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov	CAP	
	Dati catasto: Cat.	Classe	Foglio	Numero	Sub
	Destinazione d'uso				
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro (dati propr. Immobile _____)				

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato utilizzato per l'attività è agibile. Indicare dati di riferimento. (Es. <i>data di deposito, numero di protocollo, ecc.</i>)			
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (<i>inserire quelli riferiti al fabbricato/unità immobiliare/terreni etc</i>):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Numero atto	Note

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITÀ'			
	Settore/i merceologico/i		<input type="checkbox"/> Non alimentare	<input type="checkbox"/> Alimentare
	<input type="checkbox"/> Merci ingombranti		Sup. reale mq.	Sup. ridotta mq
	<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto attività all'ingrosso e al dettaglio		Sup. totale mq.	Sup. al dettaglio mq.
	Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Carburanti mq.			
	Inserito in un centro commerciale		Denominato	
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
	Prov. N.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	Apertura stagionale dal		al	
	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio sono state rispettate le relative norme speciali (ottico, ortopedico)			
	<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
	<input type="checkbox"/> di aver presentato notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che dovrà presentare notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)				
Indirizzo (URL) del sito WEB				

APERTURA PER SUBINGRESSO

C	INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione		

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'		
	Settore/i merceologico/i		<input type="checkbox"/> Non alimentare <input type="checkbox"/> Alimentare
	<input type="checkbox"/> Merci ingombranti	Sup. reale mq.	Sup. ridotta mq.
	<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto attività all'ingrosso e al dettaglio		Sup. totale mq. Sup. al dettaglio mq.
	Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Carburanti mq.		
	Inserito in un centro commerciale		Denominato
	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Provv. N.	Data rilascio	Rilasciato da
			Nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio sono state rispettate le relative norme speciali (ottico, ortopedico)		
<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
<input type="checkbox"/> di aver presentato notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che dovrà presentare notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
Indirizzo (URL) del sito WEB			

C	SUBENTRERA' ALL'IMPRESA		
	Denominazione:		
	Codice Fiscale		
	A seguito di	<input type="checkbox"/> compravendita <input type="checkbox"/> fusione <input type="checkbox"/> altre cause <i>specificare</i> _____	<input type="checkbox"/> affitto d'azienda <input type="checkbox"/> fallimento
		<input type="checkbox"/> donazione <input type="checkbox"/> successione	
<i>Si ricorda che a norma dell'art. 2556 C.C. i contratti di trasferimento di proprietà o gestione di un'azienda commerciale sono stipulati presso un notaio.</i>			

Si allega copia dell'atto notarile attestante il trasferimento di azienda.

VARIAZIONE QUALITATIVA O QUANTITATIVA DEL SETTORE MERCEOLOGICO

C	CHE L'ATTIVITA' DI VENDITA NELL'ESERCIZIO DI VICINATO DI CUI ALLA DICHIARAZIONE PROT. DEL - RIFERITA AL/AI SETTORE/I <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> ALIMENTARE ED UBICATO IN:			
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno	
	Comune	Prov.	CAP	
	Eventuale denominazione			
	E' OGGETTO DELLA SEGUENTE VARIAZIONE:			
	<input type="checkbox"/> AGGIUNTA AL SETTORE MERCEOLOGICO DI CUI AL QUADRO C DI QUELLO <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE - <input type="checkbox"/> ALIMENTARE - <input type="checkbox"/> MERCI INGOMBRANTI - <input type="checkbox"/> TABELLE SPECIALI			
	<input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO DI CUI AL QUADRO C CON QUELLO <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE - <input type="checkbox"/> ALIMENTARE - <input type="checkbox"/> MERCI INGOMBRANTI - <input type="checkbox"/> TABELLE SPECIALI			
	<input type="checkbox"/> RINUNCIA* AL SETTORE MERCEOLOGICO <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE - <input type="checkbox"/> ALIMENTARE - <input type="checkbox"/> MERCI INGOMBRANTI - <input type="checkbox"/> TABELLE SPECIALI <i>* se l'attività era riferita a più settori</i>			
	N.B. Se la variazione del settore merceologico comporta anche ampliamento o riduzione della superficie di vendita deve essere compilata anche la scheda "ampliamento/riduzione superficie di vendita"			
	<input type="checkbox"/> MODIFICA dell'indirizzo (URL) del sito web da _____ a _____			

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
	Settore/i merceologico/i		<input type="checkbox"/> Non alimentare	<input type="checkbox"/> Alimentare
	<input type="checkbox"/> Merci ingombranti		Sup. reale mq.	Sup. ridotta mq.
	<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto attività all'ingrosso e al dettaglio		Sup. totale mq.	Sup. al dettaglio mq.
	Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Carburanti mq.			
	Inserito in un centro commerciale		Denominato	
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
	Prov. N.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio sono state rispettate le relative norme speciali (ottico, ortopedico)			
	<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
<input type="checkbox"/> di aver presentato notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)				
<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che dovrà presentare notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)				

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C1 in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.)			
	D di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

AMPLIAMENTO/RIDUZIONE SUPERFICIE DI VENDITA

C	CHE LA SUPERFICIE DI VENDITA DELL'ESERCIZIO DI VICINATO DI CUI ALLA DICHIARAZIONE PROT. DELUBICATO IN:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno
	Comune		Prov.	CAP
	Eventuale denominazione			
	SUBISCE LE SEGUENTI VARIAZIONI:			
	<input type="checkbox"/> Sup. ALIMENTARE da mq. A mq.		<input type="checkbox"/> Sup. Merci Ingomb. Da mq. A mq.	
	<input type="checkbox"/> Sup. NON ALIMENTARE da mq. A mq.			
TABELLE SPECIALI <input type="checkbox"/> Monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Carburanti da mq. A mq.				
Superficie totale da mq a mq				

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C1 in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico -sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. <i>data di deposito, numero di protocollo, ecc.</i>)			
	D di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (<i>inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc</i>):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
	Settore/i merceologico/i <input type="checkbox"/> Non alimentare <input type="checkbox"/> Alimentare			
	<input type="checkbox"/> Merci ingombranti Sup. reale mq.		Sup. ridotta mq.	
	<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto attività all'ingrosso e al dettaglio Sup. totale mq.		Sup. al dettaglio mq.	
	Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Carburanti mq.			
	Inserito in un centro commerciale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Denominato	
	Prov. N.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio sono state rispettate le relative norme speciali (ottico, ortopedico)			
	<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
	<input type="checkbox"/> di aver presentato notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che dovrà presentare notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)				

TRASFERIMENTO DI SEDE

C	CHE L'ATTIVITÀ DI CUI A DICHIARAZIONE DELPROT.UBICATA IN:		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell'insegna di esercizio		

C 1	E' TRASFERITA IN:				
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov	CAP	
	Eventuale denominazione dell'insegna di esercizio				
	Dati catasto: Cat.	Classe	Foglio	Numero	Sub
	Destinazione d'uso				
Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro (dati propr. Immobile _____)					

D	RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C1 in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. <i>data di deposito, numero di protocollo, ecc.</i>)			
	D di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (<i>inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc</i>):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
	Settore/i merceologico/i		<input type="checkbox"/> Non alimentare	<input type="checkbox"/> Alimentare
	<input type="checkbox"/> Merci ingombranti		Sup. reale mq.	Sup. ridotta mq.
	<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto attività all'ingrosso e al dettaglio		Sup. totale mq.	Sup. al dettaglio mq.
	Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Carburanti mq.			
	Inserito in un centro commerciale		Denominato	
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
	Prov. N.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio sono state rispettate le relative norme speciali (ottico, ortopedico)			
	<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)			
<input type="checkbox"/> di aver presentato notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)				
<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che dovrà presentare notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)				

CESSAZIONE ATTIVITÀ

C	DATI RIFERITI ALL'ATTIVITÀ'		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov	CAP
	CESSA DAL _____ per: <input type="checkbox"/> trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa <input type="checkbox"/> chiusura definitiva dell'esercizio		

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
	Settore/i merceologico/i		<input type="checkbox"/> Non alimentare	<input type="checkbox"/> Alimentare
	<input type="checkbox"/> Merci ingombranti	Sup. reale mq.	Sup. ridotta mq.	
	<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto attività all'ingrosso e al dettaglio		Sup. totale mq.	Sup. al dettaglio mq.
	Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Carburanti mq.			
	Inserito in un centro commerciale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Denominato	
	Provv. N.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

G	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *
	N	Rilasciato da	il
			Valida fino al
* <i>Specificare il motivo del rilascio</i>			

H	TRATTAMENTO DATI PERSONALI		
	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196: - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge		

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

.....
* *Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica*

Allegati:

1. Dichiarazioni di altre persone (allegato 1): allegare per ogni soggetto relativa copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità.
2. Dichiarazione del legale rappresentante o preposto (allegato 2).
3. I cittadini extracomunitari che sottoscrivono le dichiarazioni devono allegare copia della carta/permesso di soggiorno non scaduto o con copia di atti di rinnovo

REQUISITI PERSONALI		
REQUISITI DI ONORABILITA'		
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 art. 71 D.lgs. 26.3.2010 n. 59.		
che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia)		
Trattandosi di società od organismi collettivi si allega alla presente N.		DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.
REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI		
Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dal comma 6 art. 71 del D.lgs. 59/2010 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:		
<input type="checkbox"/> Aver frequentato con esito positivo il corso professionale che costituisce titolo per il commercio del settore alimentare: nome dell'Istituto _____ con Sede a _____ oggetto del corso _____ matricola corso _____ anno di conclusione _____ Ente che ha rilasciato la qualificazione professionale (<i>indicare la Regione e la Provincia/Circondario</i>): _____ attestato n. _____ del _____		
<input type="checkbox"/> Aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande: Tipo di attività _____ dal _____ al _____ n. di iscrizione al Registro delle Imprese _____ del _____ n. REA _____ del _____ CCIAA di _____		
<input type="checkbox"/> Aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande: Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____ Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____		
Quale dipendente qualificato addetto alla vendita, alla preparazione o all'amministrazione, o in qualità di socio lavoratore regolarmente iscritto all'INPS (o ad altro istituto di previdenza _____) di _____ dal _____ al _____		
Quale collaboratore familiare, iscritto all'INPS di _____ dal _____ al _____		
<input type="checkbox"/> Essere in possesso del sotto specificato diploma di scuola secondaria superiore o di laurea anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, nel cui corso di studi sono previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti (<i>indicare il tipo di diploma, il numero identificativo e la data di rilascio, l'Ente che ha proceduto al rilascio</i>) _____ _____		
<input type="checkbox"/> essendo cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento delle qualifiche per l'attività professionale svolta secondo quanto previsto dal D.L.gvo 20.09.2002 , n° 229 in attuazione della direttiva 1999/42/CE , consistente in _____ prot. n. _____ del _____		
<input type="checkbox"/> essendo cittadino di Stato non appartenente all'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento previsto dalle normative nazionali ed internazionali concernente il titolo di studio, consistente in _____ prot. n. _____ del _____		
<input type="checkbox"/> di essere stato iscritto al REC presso la CCIA di _____ N. _____ in data _____		
Solo per le società: il sottoscritto dichiara che i requisiti professionali sono posseduti dal seguente soggetto e pertanto unisce la dichiarazione di cui all'allegato 2		
Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/Piazza	n.	
Tel.	Fax	Codice fiscale

ALLEGATO N. 2 Dichiarazione di altro soggetto (Es. preposto)

Il sottoscritto			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Codice fiscale (16 caratteri)			
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) ¹			
¹ <i>Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario</i>			
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* <i>Specificare il motivo del rilascio</i>			

DICHIARA

di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dal comma 6 art. 71 del D.Lgs. 59/2010 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:

Aver frequentato con esito positivo il corso professionale che costituisce titolo per il commercio del settore alimentare: nome dell'Istituto _____ con Sede a _____

oggetto del corso _____

matricola corso _____ anno di conclusione _____

Ente che ha rilasciato la qualificazione professionale (*indicare la Regione e la Provincia/Circondario*): _____

attestato n. _____ del _____

Aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande:

Tipo di attività _____ dal _____ al _____

n. di iscrizione al Registro delle Imprese _____ del _____

n. REA _____ del _____ CCIAA di _____

Aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande:

Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____

Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____

Quale dipendente qualificato addetto alla vendita, alla preparazione o all'amministrazione, o in qualità di socio lavoratore regolarmente iscritto all'INPS (o ad altro istituto di previdenza _____) di _____ dal _____ al _____

Quale collaboratore familiare, iscritto all'INPS di _____ dal _____ al _____

Essere in possesso del sotto specificato diploma di scuola secondaria superiore o di laurea anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, nel cui corso di studi sono previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti (*indicare il tipo di diploma, il numero identificativo e la data di rilascio, l'Ente che ha proceduto al rilascio*)

essendo cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento delle qualifiche per l'attività professionale svolta secondo quanto previsto dal D.L.gvo 20.09.2002 , n° 229 in attuazione della direttiva 1999/42/CE , consistente in _____ prot. n. _____ del _____

essendo cittadino di Stato non appartenente all'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento previsto dalle normative nazionali ed internazionali concernente il titolo di studio, consistente in _____ prot. n. _____ del _____

di essere stato iscritto al REC presso la CCIA di _____ N. _____ in data _____

DI ACCETTARE L'INCARICO DI PREPOSTO DELL'ATTIVITA' COMMERCIALE

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica