

1	PROTOCOLLO
---	------------

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ'

(D. Lgs. 59/2010)

All'Ufficio Commercio del Comune di NORCIA

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. 76 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445}

TRASMETTE DICHIARAZIONE RELATIVA A:

0	Nome attività	Oggetto
	Forme speciali di vendita e somministrazione mediante distributori automatici	<input type="checkbox"/> INIZIO ATTIVITÀ' <input type="checkbox"/> MODIFICA SETTORE MERCEOLOGICO <input type="checkbox"/> CESSAZIONE

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

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod.fisc.	
	Indirizzo email			
A2	IN QUALITÀ' DI			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Institore	
<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile repertorio N. del e registrato a il				
A3	DELLA			
	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		
	Iscrizione al Tribunale di	Al n.		
Note: *SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** 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	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email		Telefono	
	Cellulare	Fax		

N.B. compilare esclusivamente la scheda dell'intervento che si intende attivare

INIZIO ATTIVITA'

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Settore/i merceologico/i	<input type="checkbox"/> Non alimentare <input type="checkbox"/> Alimentare
	<input type="checkbox"/> Somministrazione di alimenti e bevande (N.B. <i>da compilare se l'attività viene esercitata in modo non esclusivo, cioè senza l'utilizzo di locali od attrezzature appositamente adibiti allo scopo</i>)	
	<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)	
	<input type="checkbox"/> di aver rispettato le norme sull'occupazione di suolo pubblico (<i>qualora il distributore sia installato su area pubblica</i>)	

VARIAZIONE QUALITATIVA O QUANTITATIVA DEL SETTORE MERCEOLOGICO

C	CHE L'ATTIVITA' DI VENDITA DI CUI ALLA DICHIARAZIONE PROT. DEL - RIFERITA AL/AI SETTORE/I <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> ALIMENTARE	
	E' OGGETTO DELLA SEGUENTE VARIAZIONE:	
C1	<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"/> SOSTITUZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO DI CUI AL QUADRO C CON QUELLO	<input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> ALIMENTARE
	<input type="checkbox"/> RINUNCIA* AL SETTORE MERCEOLOGICO	<input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> ALIMENTARE
	<i>* se l'attività era riferita a più settori</i>	

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Settore/i merceologico/i	<input type="checkbox"/> Non alimentare <input type="checkbox"/> Alimentare
	<input type="checkbox"/> Somministrazione di alimenti e bevande (N.B. <i>da compilare se l'attività viene esercitata in modo non esclusivo, cioè senza l'utilizzo di locali od attrezzature appositamente adibiti allo scopo</i>)	
	<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)	
	<input type="checkbox"/> di aver rispettato le norme sull'occupazione di suolo pubblico (<i>qualora il distributore sia installato su area pubblica</i>)	

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 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 <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	

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 (indicare la Regione e la Provincia/Circondario): _____ 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 (indicare il tipo di diploma, il numero identificativo e la data di rilascio, l'Ente che ha proceduto al rilascio) _____ _____		
<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

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

ALLEGATO N. 1 Dichiarazione di altre persone (amministratori, soci)

Dati anagrafici degli eventuali soggetti con poteri di rappresentanza:

1	Primo dichiarante			
	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>			

2	Secondo dichiarante			
	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>			

3	Terzo dichiarante			
	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>			

DICHIARANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i 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/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- Di essere in possesso dei requisiti soggettivi previsti dagli artt. 11,12, 92 del TULPS.
- di essere informati 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

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

.....

.....

.....

* 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.

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