



SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' DI VENDITA PRODOTTI ALIMENTARI E NON ALIMENTARI

AL SERVIZIO ATTIVITA' PRODUTTIVE
DEL COMUNE DI SANT'ANASTASIA

Il/la sottoscritto/a cognome nome

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000

nato/a a (Prov. / Nazione.....)

il cittadinanza residente

in (Prov.)

Via/P.za n° CAP

C.F. Tel.

in qualità di :

TITOLARE DELLA OMONIMA IMPRESA INDIVIDUALE

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA'

Denominazione o ragione sociale

con sede legale in(Prov.)

alla Via/p.zza n° CAP

C.F. o partita IVA costituita con atto

del (a rogito del Notaio

.....

Repertorio) registrato a

il n°

Iscritta al Registro delle imprese della Camera di Commercio di

al n° Tel.....Fax

TRASMETTE SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' RELATIVA

- A APERTURA _____
- B APERTURA PER SUBINGRESSO _____
- C TRASFERIMENTO DI SEDE _____
- D MODIFICHE STRUTTURALI _____
- E VARIAZIONI _____
- E1 VARIAZIONI SOCIETARIE _____
- E2 VARIAZIONI DELEGATO _____
- F CESSAZIONE ATTIVITÀ _____

SEZIONE A - APERTURA

INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO

Comune SANT'ANASTASIA

C.A.P. |_|_|_|_|_|

Via, Viale, Piazza, ecc. _____ N. |_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI ALIMENTARI mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI NON ALIMENTARI mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |_|_|_|_|
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

Tabelle speciali

Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|

A CARATTERE Permanente |_|
Stagionale |_| dal ___/___/___ al ___/___/___

SEZIONE B – APERTURA PER SUBINGRESSO'

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune SANT'ANASTASIA

C.A.P. |_|_|_|_|_|

|Via, Viale, Piazza, ecc. _____

N. |_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI ALIMENTARI

mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI NON ALIMENTARI

mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

mq. |_|_|_|_|

Tabelle speciali

Generi di monopolio |_|

Farmacie |_|

Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|

A CARATTERE Permanente |_|

Stagionale |_|

dal ___/___/___ al ___/___/___

SUBENTRERÀ ALL'IMPRESA:

Denominazione _____

C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A seguito di:

- compravendita |_| - fallimento |_| - cambio amministratore |_|

- affitto d'azienda |_| - successione |_|

- donazione |_| - reintestazione |_| a seguito di _____

- fusione - altre cause _____
(specificare)

SEZIONE C – TRASFERIMENTO DI SEDE

L' ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune SANT'ANASTASIA

C.A.P. |_|_|_|_|_|

|Via,Viale, Piazza,ecc. _____ N. |_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI ALIMENTARI mq. |_|_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI NON ALIMENTARI mq. |_|_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. |_|_|_|_|_|

Tabelle speciali

Generi di monopolio Farmacie Carburanti mq. |_|_|_|_|_|

A CARATTERE Permanente
Stagionale dal ___/___/___ al ___/___/___

SARA' TRASFERITO AL NUOVO INDIRIZZO:

Via,Viale, Piazza,ecc. _____ N. |_|_|_|_|_| C.A.P. |_|_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA DELL'ESERCIZIO mq. |_|_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |_|_|_|_|_|

Tabelle speciali

Generi di monopolio Farmacie Carburanti mq. |_|_|_|_|_|

SEZIONE D - MODIFICHE STRUTTURALI

L' ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune SANT'ANASTASIA

C.A.P. |_|_|_|_|_|

|Via, Viale, Piazza, ecc. _____ N. |_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI ALIMENTARI mq. |_|_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI NON ALIMENTARI mq. |_|_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO
(compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. |_|_|_|_|_|

Tabelle speciali

Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|_|

SUBIRA' LE SEGUENTI MODIFICHE

Ampliamento di superficie da mq _____ a mq _____

Riduzione di superficie da mq _____ a mq _____

SEZIONE E – VARIAZIONI SOCIETARIE

L' ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune SANT'ANASTASIA

C.A.P. |_|_|_|_|_|

Via, Viale, Piazza, ecc. _____

N. |_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI ALIMENTARI

mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI NON ALIMENTARI

mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO

mq. |_|_|_|_|

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

Tabelle speciali

Generi di monopolio |_|

Farmacie |_|

Carburanti |_|

mq. |_|_|_|_|

A CARATTERE

Permanente

|_|

Stagionale

|_|

dal ___/___/___ al ___/___/___

SEZIONE E 1 – VARIAZIONI SOCIETARIE

VARIAZIONE NATURA GIURIDICA DELLA SOCIETA' |_|

da _____ a _____

VARIAZIONE RAGIONE SOCIALE/DENOMINAZIONE |_|

da _____ a _____

VARIAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE |_|

da _____ a _____

il quale ha compilato l'allegato A |_| e se possiede anche i requisiti professionali l'allegato B |_|

SONO ENTRATI NELLA SOCIETA' |_|

Sig. _____

Sig. _____

Sig. _____
che hanno compilato l'allegato A

SEZIONE E 2 – VARIAZIONI DELEGATO

HA CESSATO L' INCARICO DI DELEGATO

Sig. _____

E' NOMINATO DELEGATO

Sig. _____
il quale ha compilato l'allegato A e l'allegato B

SEZIONE F - CESSAZIONE DI ATTIVITÀ

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune SANT'ANASTASIA

C.A.P. |_|_|_|_|_|

|Via, Viale, Piazza, ecc. _____ N. |_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI ALIMENTARI mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE DI VENDITA PRODOTTI NON ALIMENTARI mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. |_|_|_|_|

Tabelle speciali

Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|

A CARATTERE Permanente |_|
Stagionale |_| dal ___/___/___ al ___/___/___

CESSA DAL ___/___/___ PER:

- TRASFERIMENTO IN PROPRIETÀ O GESTIONE DELL'IMPRESA |_|
- CHIUSURA DEFINITIVA DELL'ESERCIZIO |_|

INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE COMPILATA, L' ATTIVITÀ ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE

Attività prevalente:

Attività secondaria:

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data _____

IL SOTTOSCRITTO

DICHIARA:

1. sono stati compilati anche QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ALLEGATI: A B
2. di aver presentato notifica ai fini della registrazione (art. 6 reg. CE 852/2004) prot. n. _____ del __/__/__
3. di essere a conoscenza che:
 3. 1 prima dell'effettivo inizio attività deve essere presentata notifica ai fini della registrazione (art. 6 reg. CE 852/2004);
 3. 2 l'esercizio dell'attività, oggetto della presente domanda, è subordinato al rispetto delle norme urbanistiche, edilizie, igienico-sanitarie e di sicurezza dei luoghi di lavoro;
 3. 3 di non aver apportato modifiche logistiche e/o strutturali ai locali sede dell' esercizio rispetto alla precedente conduzione (solo per i subingressi);

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data _____

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA :
(DA COMPILARE PER CHI SOTTOSCRIVE LE SEZIONI A - B e C)

1. di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71, commi 1 e 2, del d.lgs. 26 marzo 2010, n. 59 ;
 2. di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11, 12, 92 e 31 del R.D. n. 773/1931 ;
 3. 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) (1);
 4. di avere la disponibilità dei locali dell'esercizio a titolo di _____;
 5. di essere il conduttore dell'immobile, giusto contratto di (locazione/comodato/etc.) _____ stipulato con il/la _____ nato/a _____ il ___/___/___ residente in _____
_____ via/piazza _____ n.° ___ C.F.: _____
 6. 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
- Dati catastali : fgl. _____ part. _____ sub. _____ cat. _____
7. che i locali sono stati oggetto di scia /dia edilizia presentata in data _____ e regolarmente conclusa in data _____ o che per tali locali è stata rilasciata _____
 8. i locali rispondono ai requisiti di destinazione d'uso e di agibilità previsti dalla normativa vigente in materia , come da certificazione di agibilità n° _____ del ___/___/___ o richiesta di agibilità prot. _____ del ___/___/___

(1) In caso di società, tutte le persone di cui al D.P.R. 252/98, art. 2, compilano l'allegato A;

(2) Indicare se a titolo di proprietà, locazione o altro titolo;

(3) Indicare gli estremi del permesso di costruire o DIA edilizia, in mancanza, numero di foglio, mappale e subalterno catastale.

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

(DA COMPILARE PER CHI SOTTOSCRIVE LE SEZIONI A e B)

Solo per le imprese individuali

6. che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

6.1 essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di _____
con il n. _____ per _____ (1)

6.2 aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio:
nome dell'Istituto _____ sede _____
oggetto del corso _____ anno di conclusione _____

6.3 di aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari
tipo di attività _____ dal _____ al _____
n. iscrizione Registro Imprese _____ CCIAA di _____ n. R.E.A. _____

(2)

6.4 di aver prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese
esercenti l'attività nel settore commercio di prodotti alimentari

nome impresa _____ sede impresa _____

nome impresa _____ sede impresa _____

livello ___ del CCNL
quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ inquadro al

livello ___ del CCNL
quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ inquadro al

6.5 di essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di laurea, almeno triennale, o di altra scuola ad
indirizzo professionale, almeno triennale, e che nel corso di studi erano previste materie attinenti al commercio, titolo di studio

6.6 in qualità di legale rappresentante/amministratore comprovata dall'iscrizione INPS, società di
riferimento _____

Solo per le società

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

4.4 di aver prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare

nome impresa _____ sede impresa _____

nome impresa _____ sede impresa _____

quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____

quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____

4.5 di essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di laurea, almeno triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, e che nel corso di studi erano previste materie attinenti al commercio di prodotti alimentari ; titolo di studio _____

4.6 in qualità di legale rappresentante/amministratore comprovata dall'iscrizione INPS, società di riferimento _____

Il sottoscritto 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. 19/6 c. della legge n. 241/1990.

FIRMA

Data _____

ALLEGATI

- PLANIMETRIA DEI LOCALI CON RELAZIONE TECNICA ATTESTANTE LA CONFORMITÀ DEI LOCALI ALLE NORME IN MATERIA DI IGIENE, URBANISTICA E DESTINAZIONE D'USO, AGIBILITÀ E STATICITÀ
- CERTIFICATO DI AGIBILITÀ CON SPECIFICA DESTINAZIONE D'USO .
- DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LA DISPONIBILITÀ DEI LOCALI (COPIA CONTRATTO D'AFFITTO O ATTO DI PROPRIETÀ);
- ATTO DI CESSIONE/FITTO D'AZIENDA REDATTO DA NOTAIO E DEBITAMENTE REGISTRATO (in caso di subingresso);
- COPIA REQUISITO PROFESSIONALE;
- COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL RICHIEDENTE;
- PERMESSO DI SOGGIORNO PER I CITTADINI STRANIERI;
- FOTOCOPIA DELLA VISURA CAMERALE AGGIORNATA PER LE SOCIETÀ,
- CERTIFICATO ATTRIBUZIONE P.IVA PER LE DITTE INDIVIDUALI;