

ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)					
1	Ufficio ricevente	Presentata il	A mezzo	Data protocollo	Num. Prot
			<input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica		
NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA					

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'
(Art. 2 del D.P.R. 235/2001)

Al SUAP del Comune di

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. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

TRASMETTE SEGNALAZIONE RELATIVA A:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
	56.210R	Somministrazione e preparazione di alimenti e bevande riservate ai soli soci nelle sedi ove svolgono le attività istituzionali delle associazioni e dei circoli	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA' <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE <input type="checkbox"/> MODIFICHE STRUTTURALI AI LOCALI E ALLA SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE <input type="checkbox"/> CAMBIO PRESIDENTE DEL CIRCOLO <input type="checkbox"/> CAMBIO AFFILIAZIONE DEL CIRCOLO

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

DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE						
A1	Cognome		Nome			
	Nato a		Prov.	il		
	Residente in			Prov.	CAP	
	Via/piazza				n.	
	Tel.	Fax	Cod. fisc.			
	Indirizzo email					
IN QUALITA' DI						
A2	<input type="checkbox"/> Presidente pro-tempore del Circolo		<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					
DELLA						
A3	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			
INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI						
B	Via		Comune		Prov.	CAP
	Email		Telef		Cell	Fax

INIZIO ATTIVITA':

- SVOLTA A SEGUITO DI AFFIDAMENTO IN GESTIONE
 SVOLTA DIRETTAMENTE DAL CIRCOLO

DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'				
Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
Comune			Prov.	CAP
Dati catasto. Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'immobile _____		

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI			
D	<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, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività		
	<input type="checkbox"/> che i locali di somministrazione sono ubicati all'interno della struttura adibita a sede del circolo o ente collettivo e non hanno accesso diretto da strade, piazze o altri luoghi pubblici;		
	<input type="checkbox"/> che all'esterno della struttura non sono apposte insegne, targhe o altre indicazioni che pubblicizzino le attività di somministrazione esercitate all'interno;		
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) _____		
	<input type="checkbox"/> che la superficie di somministrazione è di mq _____		
	<input type="checkbox"/> 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

TRASFERIMENTO DI SEDE

C	CHE L'ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE DI CUI ALL'AUTORIZZAZIONE/SCIA N.		DEL		UBICATO IN:
	Indirizzo Via/P.za		N civico		Piano/scala/interno
	Comune			Prov.	CAP

C 1	SI E' TRASFERITO IN:				
	Indirizzo Via/P.za		Civico		Piano/scala/interno
	Comune			Prov.	CAP
	Dati catasto. Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'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, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività			
	<input type="checkbox"/> che i locali di somministrazione sono ubicati all'interno della struttura adibita a sede del circolo o ente collettivo e non hanno accesso diretto da strade, piazze o altri luoghi pubblici;			
	<input type="checkbox"/> che all'esterno della struttura non sono apposte insegne, targhe o altre indicazioni che pubblicizzino le attività di somministrazione esercitate all'interno;			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) _____			
	<input type="checkbox"/> che la superficie di somministrazione è di mq _____			
	<input type="checkbox"/> 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

MODIFICHE STRUTTURALI AI LOCALI E ALLA SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE¹

Nota: per la riduzione della superficie di somministrazione compilare il modello generico cessazione – riduzione superficie di vendita e somministrazione.

C	CHE LA MODIFICA DELLA SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE DELL'ESERCIZIO DI CUI ALL' AUTORIZZAZIONE/SCIA n. _____ del _____ UBICATO IN:		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP

E' STATA

<input type="checkbox"/> AMPLIATA:	DA MQ	A MQ
<input type="checkbox"/> ALTRO	_____	

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, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività		
	- che i locali di somministrazione sono ubicati all'interno della struttura adibita a sede del circolo o ente collettivo e non hanno accesso diretto da strade, piazze o altri luoghi pubblici; - che all'esterno della struttura non sono apposte insegne, targhe o altre indicazioni che pubblicizzino le attività di somministrazione esercitate all'interno;		
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) _____		
	<input type="checkbox"/> 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:

1. Per superficie di somministrazione s'intende la superficie appositamente attrezzata per essere utilizzata per la somministrazione. Rientra in essa l'area occupata da banchi, scaffalature, tavoli, sedie, panche e simili, nonché lo spazio funzionale esistente tra dette strutture. Non vi rientra l'area occupata da magazzini, depositi, locali di lavorazione, cucine, uffici e servizi.

CAMBIO AFFILIAZIONE DEL CIRCOLO

C	CHE L'ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE DI CUI ALL'AUTORIZZAZIONE/SCIA N.		DEL		UBICATO IN:	
	Indirizzo Via/P.za		Civico		Piano/scala/interno	
	Comune			Prov.	CAP	
	Dati catasto. Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.	
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona			
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'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, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) _____			
	<input type="checkbox"/> che la superficie di somministrazione è di mq _____			
	<input type="checkbox"/> 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

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	<input type="checkbox"/> che il circolo è affiliato al _____ per l'anno in corso, con inizio dal _____ mentre in precedenza era affiliato _____
	a _____

CAMBIO PRESIDENTE DEL CIRCOLO

C	CHE L'ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE DI CUI ALL'AUTORIZZAZIONE/SCIA N.		DEL		UBICATO IN:	
	Indirizzo Via/P.za _____		Civico _____		Piano/scala/interno _____	
	Comune _____			Prov. _____	CAP _____	
	Dati catasto. Categ.	Classe _____	Foglio _____	Numero _____	Sub. _____	
	Destinazione d'uso _____		Dest. urbanistica di zona _____			
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'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, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) _____			
	<input type="checkbox"/> che la superficie di somministrazione è di mq _____			
	<input type="checkbox"/> 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

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	<input type="checkbox"/> di essere stato nominato nuovo presidente pro-tempore del circolo a partire dal _____ Come da verbale di assemblea del _____	
	Che il precedente presidente era il Sig./Sig.ra _____	

	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'
	- che l'attività di somministrazione è svolta: <input type="checkbox"/> a carattere permanente <input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal _____ al _____
	- che l'attività di somministrazione di alimenti e bevande riservate ai soci del circolo _____ inizia dal giorno _____
E	- che l'Associazione si trova nelle condizioni previste dall'art 147 c. 3,5 e 8 lett. a, b, c, d, e, f (ex art 111) del TU delle imposte sui redditi (dpr 22.12.1986 n. 917 e s.m)
	<input type="checkbox"/> che le modalità di acquisizione dei nuovi soci, come rilevabili dall'atto costitutivo o statuto, sono tali da non comportare la trasformazione dei locali in esercizi di somministrazione aperti al pubblico generico
	- che il circolo è affiliato al _____ per l'anno in corso, con inizio dal _____
	<input type="checkbox"/> di aver già presentato notifica igiene degli alimenti ai sensi dell'art.6 reg.to CE n. 852/04 – dpgr n.40 del 1/08/2006 in data _____;
	<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica igiene degli alimenti ai sensi dell'art.6 reg.to CE n. 852/04 – dpgr n.40 del 1/08/2006

F	REQUISITI PERSONALI
	REQUISITI DI ONORABILITA'
F1	<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 2 art. 71 D.lgs. 59/2010.
	<input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1995 n. 575 (normativa antimafia), né quelle previste dal comma 2 del suddetto art. 13 della l. 7.2.05 n. 28.
	- Trattandosi di società od organismi collettivi di cui comma 6 dell'art. 13 l. 7.2.2005 n. 28_ si allega alla presente n. _____
	DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 2.

REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI (n.b. da compilare nel caso in cui l'attività di somministrazione sia affidata in gestione a terzi)

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 71 comma 6 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 _____

F
2

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:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ prov _____ alla Via/ Piazza _____ n. _____

COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO

di essere in possesso di permesso di soggiorno per * di essere in possesso di carta di soggiorno per *

N _____ Rilasciato da _____ il _____ Valida fino al _____

* Specificare il motivo del rilascio

TRATTAMENTO DATI PERSONALI	
G	<input checked="" 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, nonché dal Dirigente dello SUAP, 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

Il dichiarante deve firmare* il presente modello
Il 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

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. Planimetria quotata, descrittiva dei locali con indicazione della zona di somministrazione
4. Copia dell'atto costitutivo e /o dello statuto del circolo e degli eventuali regolamenti consequenziali
5. Copia atto con il quale il circolo dà in affidamento in gestione a terzi l'attività di somministrazione riservata ai soci

IN CASO DI PROCURA PER LA SOTTOSCRIZIONE E LA PRESENTAZIONE L'INCARICATO MEDIANTE PROCURA SPECIALE, AI SENSI DEGLI ARTT. 1392 E 1393 DEL CODICE CIVILE, DI SOTTOSCRIVERE DIGITALMENTE PER CONTO DEL/I RICHIEDENTE/I E DI PRESENTARE LA PRESENTE SEGNALEZIONE PER VIA TELEMATICA, DICHIARA, AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445:

CHE IL TESTO ORIGINALE DELLA PROCURA SPECIALE FORMULATA SECONDO IL MODULO FORNITO E SOTTOSCRITTO CON FIRMA AUTOGRAFA DAL RICHIEDENTE E' CONSERVATO PRESSO LA SEDEIN VIA N. COMUNE PROV. ED E' A DISPOSIZIONE DELLA PA PER OGNI EVENTUALE CONTROLLO;

CHE IL TESTO ORIGINALE DELLE N. DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI, ECC.) INDICATE ALL'ART. 2 DPR 252/1998 (ALLEGATO 1) DI CUI AL QUADRO F3 SONO STATE REGOLARMENTE COMPILATE E SOTTOSCRITTE CON FIRMA AUTOGRAFA CON ALLEGATA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DI OGNI DICHIARANTE ED E' CONSERVATO PRESSO LA SEDEIN VIA N. COMUNE PROV. ED E' A DISPOSIZIONE DELLA PA PER OGNI EVENTUALE CONTROLLO;

L'INCARICATO

Firma digitale OVVERO Identificazione con l'uso della carta di identità elettronica o della carta nazionale dei servizi

MODULO PER LA PROCURA SPECIALE INCARICO PER LA SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E LA PRESENTAZIONE TELEMATICA DELLA DICHIARAZIONE E DELLA RELATIVA DOCUMENTAZIONE

Il/i sottoscritto/iin qualità di (1)
DICHIARA/DICHIARANO di conferire al Sig.in qualità di
.....procura speciale, ai sensi degli artt. 1392 e 1393 del Codice Civile, per la sottoscrizione digitale e presentazione telematica della presente dichiarazione.
FIRMA AUTOGRAFA

Il presente modello va compilato, sottoscritto con firma autografa.

Al presente modello deve inoltre essere allegata copia di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.

(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc...

ALLEGATO N. 1

Dichiarazione di altre persone (amministratori, soci) indicate comma 6 art. 13 l. 07/02/2005 n. 28 (compilare una dichiarazione per ogni soggetto)

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 Compilare le righe seguenti 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
* Specificare il motivo del rilascio				
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"/> (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti 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
* Specificare il motivo del rilascio				
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"/> (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti 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
* Specificare il motivo del rilascio				

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 di onorabilità previsti dal comma 2 art. 71 D.lgs. 59/2010
- 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).

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;

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

Data

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. In caso di cittadino extracomunitario allegare

ALLEGATO N. 2

Dichiarazione di altro soggetto secondo quanto indicato dal comma 6 art. 14 l.r. 07/02/2005 n. 28

Il sottoscritto			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)			
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹			
¹ Compilare le righe seguenti 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
* Specificare il motivo del rilascio			

DICHIARA

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 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 di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 71 comma 6 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 ACCETTARE L'INCARICO DI PREPOSTO DELL'ATTIVITA' COMMERCIALE

Dichiara inoltre 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, nonché dal Dirigente dello SUAP, 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

Il dichiarante deve firmare* il presente modello
Il 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