

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

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 COMUNICAZIONE RELATIVA A:

	Codice	Nome attività	Oggetto
0	47.100R	<input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti non alimentari	<input type="checkbox"/> AFFIDAMENTO DI REPARTO
	47.101R	<input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti alimentari	
	47.102R	<input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti non alimentari	
	47.103R	<input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti alimentari	
	47.104R	<input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti non alimentari	
	47.105R	<input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti alimentari	
	56.101R	<input type="checkbox"/> Esercizi di Somministrazione di alimenti e bevande	
	56.105R	<input type="checkbox"/> Esercizi di Somministrazione e preparazione di alimenti e bevande	

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

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A2	IN QUALITA' DI			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Istitore	
	<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarileRepertorio n. del e registrato 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	
	<i>Note:</i> * 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

DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA'			
C	Indirizzo Via/P.za		Civico
	Comune		Prov. CAP
Eventuale denominazione dell' insegna			
C1	Titolare di: <input type="checkbox"/> Esercizio di vicinato di cui alla DIA del _____ protocollo n. _____ <input type="checkbox"/> Esercizio somministrazione alimenti e bevande di cui alla DIA del _____ protocollo n. _____ <input type="checkbox"/> Media struttura di vendita di cui all'autorizzazione n. _____ del _____ protocollo n. _____ <input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita di cui all'autorizzazione n. _____ del _____ protocollo n. _____		
	REPARTO AFFIDATO IN GESTIONE		
	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio settore <input type="checkbox"/> Alimentare <input type="checkbox"/> Non Alimentare. Superficie di vendita mq. _____ <input type="checkbox"/> Somministrazione alimenti e bevande . Superficie di somministrazione mq. _____		
	Si dichiara che il reparto affidato in gestione è strutturalmente collegato all'esercizio e non presenta un accesso autonomo.		
DATI ANAGRAFICI DEL GESTORE			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.
Tel.	Fax	Cod. fisc.	
Indirizzo email			
IN QUALITA' DI			
<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	
<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile		<input type="checkbox"/> Inquirente	
e registrato ilRepertorio n. del			
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	
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			
CHE ALLEGA ALLA PRESENTE			
C3	<input type="checkbox"/> dichiarazione contenente l'impegno al mantenimento dei livelli occupazionali del reparto affidato in gestione ed al rispetto dei contratti collettivi di lavoro e dei contratti integrativi siglati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative (Allegato 1)		
	<input type="checkbox"/> dichiarazione attestante il possesso dei requisiti di onorabilità di cui all'art. 13 l.r. 7.2.2005 n. 28 (Allegato 1) (N.B.: in caso di società far compilare questa dichiarazione anche agli altri soggetti investiti del potere di rappresentanza ed all'eventuale preposto)		
	<input type="checkbox"/> dichiarazione attestante il possesso di uno dei requisiti professionali di cui all'art. 14 l.r. 7.2.2005 n. 28 da parte del titolare, del legale rappresentante o del preposto (Allegato 2). (N.B.: per il commercio di prodotti alimentari e per la somministrazione)		

COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO				
G	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *			
	N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
	<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>				

TRATTAMENTO DATI PERSONALI	
H	<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, 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

.....

** 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*

** 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. Dichiarazione relativa al possesso dei requisiti di onorabilità da parte del titolare, del/dei Legale/i rappresentante/i o del preposto ex art. 13, 6[°] c. l.r. 7.2.2005 n. 28 e dichiarazione mantenimento livelli occupazionali e di rispetto dei contratti di lavoro ex art. 75, 2[°] c. l.r. 7.2.2005 n. 28 (allegato 1): allegare per ogni soggetto che sottoscrive copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità
2. Dichiarazione relativa al possesso dei requisiti professionali da parte del titolare, del legale rappresentante o del proposto ex art. 14 l.r. 7.2.2005 n. 28 (allegato 2).
3. Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che il dichiarante intende fornire nel proprio interesse

ALLEGATO N. 1 Dichiarazione dei requisiti di onorabilità da parte del titolare, del/dei Legale/i rappresentante/i o del preposto, mantenimento livelli occupazionali e rispetto dei contratti lavoro l. r. 7.2.2005 n. 28

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 *			
	N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
	<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 *			
	N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
	<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 (specificare il motivo)			
	N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per (specificare il motivo)			
	N.	Rilasciato da	il	Valida fino al

DICHIARA/NO

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 1 lettere b, c, d, e, f, g dell'art. 13 l. 7.2.2005 n. 28.
- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dal comma 1 lettere b, c, d, e, f, g e dal comma 2 dell'art. 13 l. 7.2.2005 n. 28, (n.b. per la somministrazione di alimenti e bevande.)
- 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).

Il/la sig. _____ titolare/legale rappresentante dell'impresa/società di cui al quadro C2 visto il disposto dell'art. 75 2° della l.r.7.2.2005 n. 28, si impegna al mantenimento dei livelli occupazionali relativi al reparto di cui ha assunto la gestione, ed al rispetto dei contratti collettivi di lavoro e dei contratti integrativi siglati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Con la sottoscrizione del presente allegato, si dichiara altresì 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, 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;

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

Il sottoscritto			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il
Codice fiscale (16 caratteri)			
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 *			
N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
<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. 14 della l.r. 7.2.2005 n. 28 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:

Corso riconosciuto (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso e la data di svolgimento):

Esperienza professionale (indicare se in proprio, in qualità di dipendente, o in qualità di coadiutore familiare [coniuge dell'imprenditore, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo]; indicare il soggetto presso il quale è stata svolta l'attività, il periodo di svolgimento e gli estremi di iscrizione all'INPS)

Titolo di studio (indicare la tipologia del titolo ottenuto e la data del conseguimento)

Altro (attività lavorativa all'estero, titolo conseguito all'estero, iscrizione a REC), articolo 14 comma 3, 4, 5 L.R 7.2.2005 n. 28:

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

* 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