

<b>ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)</b>				
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	
<b>NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA</b>				

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	<input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti non alimentari	<b>SUBINGRESSO NELL'ATTIVITA'</b> di cui alla <sup>1</sup>  <input type="checkbox"/> DIA  <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE N. ____  del. _____ prot. _____
	<input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti alimentari	
	<input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti non alimentari	
	<input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti alimentari	
	<input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti non alimentari	
	<input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti alimentari	
	<input type="checkbox"/> Commercio stampa quotidiana e periodica	
	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche su posteggio	
	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche in forma itinerante	
	<input type="checkbox"/> Esercizi di somministrazione di alimenti e bevande	
	<input type="checkbox"/> Esercizi di somministrazione e preparazione di alimenti e bevande	
	<input type="checkbox"/> Somministrazione mediante distributori automatici	
	<input type="checkbox"/> Mense Aziendali	
	<input type="checkbox"/> Somministrazione congiunta ad attività prevalente di pubb.Spett. o	
	<input type="checkbox"/> Somministrazione congiunta ad attività prevalente di pubb.Spett. o	
	<input type="checkbox"/> Servizi di ristorazione sui mezzi di trasporto pubblico	
	<input type="checkbox"/> Somministrazione/preparazione alimenti e bevande riservate ai soci Circoli	
<input type="checkbox"/> Somministrazione al domicilio del consumatore (catering)		
<input type="checkbox"/> Somministrazione e preparazione di alimenti in impianti di carburante nuovi o esistenti		
<input type="checkbox"/> Spacci interni		
<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio per corrispondenza, telefono, radio/televis.ne/internet		
<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio per mezzo di apparecchi automatici		
<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio o vendita presso il domicilio dei consumatori		

<sup>1</sup> Indicare gli estremi del titolo abilitativo rilasciato al soggetto a cui si subentra

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

A1	<b>DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
Indirizzo email				
A2	<b>IN QUALITA' DI</b>			
	<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 .....			
<input type="checkbox"/> Rappresentante comune degli eredi				
A3	<b>DELLA</b>			
	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				

B	<b>INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI</b>			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telefono	Cellulare	Fax

C1	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELL' <b>ESERCIZIO DI VICINATO</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP
	Tabelle speciali <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie mq _			

C2	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA <b>MEDIA STRUTTURA</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP
	Tabelle speciali <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie mq _			

C3	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA <b>GRANDE STRUTTURA</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP
	Tabelle speciali <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie mq _			

C4	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE NEL PUNTO <input type="checkbox"/> ESCLUSIVO <input type="checkbox"/> NON ESCLUSIVO DI <b>VENDITA DI STAMPA QUOTIDIANA E PERIODICA</b> UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP

C5	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO SU AREE PUBBLICHE</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA, ESERCITATA NEL SEGUENTE POSTEGGIO:			
	Conc. del	Num.	Mercato	Comune
	Numero del posteggio		Fiera	Comune
	Ubicazione			
	Posteggio fuori mercato n. _____ ubicazione _____			

C6	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO SU AREE PUBBLICHE IN FORMA ITINERANTE</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA			
----	--	--	--	--

C7	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELL' <b>ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE</b> UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP
	<i>(n.b. compilare anche per mense aziendali, circoli privati, ed attività di somministrazione congiunta ad al tra attività di pubblico spettacolo e/o trattenimento)</i>			

C8	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLO <b>SPACCIO INTERNO</b> UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP

C9	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO PER CORRISPONDENZA, TELEFONO, TELEVISIONE ETC.</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA			
----	---	--	--	--

C10	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO O SOMMINISTRAZIONE MEDIANTE APPARECCHI AUTOMATICI</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA			
-----	--	--	--	--

C11	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO PRESSO IL DOMICILIO DEI CONSUMATORI</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA			
-----	--	--	--	--

<b>CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ/ESERCIZIO INDICATO NEL QUADRO C ERA IL SEGUENTE SOGGETTO</b> (compilare il presente quadro in caso di imprenditore individuale):					
Cognome		Nome			
Nato a		Prov.	il		
Residente in		Prov.	CAP		
Via/piazza		n.			
<b>D</b>	Tel.	Fax	Cod. fisc.		
	Indirizzo email				
	Denominazione Impresa o Ditta (se presente)				
	Sede legale nel Comune di (se diversa dalla residenza)			Provincia	
	Via/piaz.		N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro		
	Partita IVA		Codice Fiscale		
	<b>CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ/ESERCIZIO INDICATO NEL QUADRO C ERA LA SOCIETÀ'</b> (compilare il presente quadro in caso società):				
	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.					
<b>DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO - <input type="checkbox"/> ATTO TRA VIVI</b>					
Estremi atto: Data		Notaio	Rep. n.	Registr. a	Data e num
<b>NATURA DELL'ATTO</b>					
<b>D2</b>	<input type="checkbox"/> vendita o donazione di azienda		<input type="checkbox"/> affitto di azienda		
	<input type="checkbox"/> fusione o scissione di società con trasferimento di azienda		<input type="checkbox"/> risoluzione atto di vendita, donazione o affitto di azienda		
	<input type="checkbox"/> conferimento di azienda in società		<input type="checkbox"/> scadenza di contratto di affitto		
	<input type="checkbox"/> altre cause				
	Data di decorrenza degli effetti giuridici degli atti sopra indicati (se presente):				
<b>DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO</b>					
<input type="checkbox"/> <b>PER CAUSA DI MORTE</b> (indicare gli estremi dell'atto di pubblicazione del testamento)					
Data dell'atto		Notaio	Rep. n.	Registr. a	Data e num
<b>D3</b>	<b>NATURA DELLA SUCCESSIONE</b>				
	<input type="checkbox"/> SUCCESSIONE LEGITTIMA		<input type="checkbox"/> SUCCESSIONE TESTAMENTARIA		

<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>				
<b>Il sottoscritto si impegna:</b>				
<input type="checkbox"/> al mantenimento dei livelli occupazionali già operanti nell'esercizio nel quale subentra;				
<input type="checkbox"/> al rispetto dei contratti collettivi di lavoro e dei contratti integrativi siglati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.				
<b>Il sottoscritto dichiara</b>				
<b>E</b>	<input type="checkbox"/> che non sono state apportate modifiche ai locali ed agli impianti utilizzati per lo svolgimento dell'attività in cui subentra.			
	- che nel locale <input type="checkbox"/> viene <input type="checkbox"/> non viene svolta altra attività			
	<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 (erboristeria, ottico, ortopedico);			
	<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica sanitaria ai sensi dell'art.6 reg.to CE n. 852/04 – dpgr n.40 del 1/08/2006 (solo per il settore alimentare e per la somministrazione)			
	<input type="checkbox"/> di aver presentato notifica sanitaria ai sensi dell'art.6 reg.to CE n. 852/04 – dpgr n.40 del 1/08/2006 (solo per il settore alimentare e per la somministrazione)			
<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI GRANDI STRUTTURE DI VENDITA</b>				
<input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di aver aderito all'atto d'obbligo previsto dall'art. 19, 1°c lett. J) del D PGR 01/04/2009 n.15/r, già assunto dal precedente titolare o dante causa				

<b>F</b>	<b>REQUISITI PERSONALI</b>			
<b>F1</b>	<b>REQUISITI DI ONORABILITA'</b>			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere b), c), d), e), f),g) comma 4, comma 5 dell'art. 13 lr. 7.2.2005 n. 28.			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere b), c), d), e), f),g), comma 2, comma 4, comma 5 dell'art. 13 lr. 7.2.2005 n. 28. <i>(NB. Compilare in caso di subingresso in esercizi di somministrazione o in attività di commercio su aree pubbliche con abilitazione alla somministrazione)</i>			
	<input type="checkbox"/> 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 di cui comma 6 dell'art. 13 lr. 7.2.2005 n. 28 si allega alla presente <b>N. _____</b> <b>DICHIARAZIONI COMPILATE</b> di cui all'allegato 1.				
<b>F2</b>	<b>REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI</b>			
	Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 14 della lr. 7.2.2005 n. 28 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:			
	<input type="checkbox"/> <b>Corso riconosciuto</b> (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso e la data di svolgimento): _____			
	<input type="checkbox"/> <b>Esperienza professionale</b> (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 ) _____ _____			
	<input type="checkbox"/> <b>Titolo di studio</b> (indicare la tipologia del titolo ottenuto e la data del conseguimento) _____			
	<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> (attività lavorativa all'estero, titolo conseguito all'estero, iscrizione a REC), articolo 14 comma 3, 4, 5 L.R. 7.2.2005 n. 28: _____ _____			
	<b>Solo per le società:</b> <b>il sottoscritto dichiara che i requisiti professionali sono posseduti dal seguente soggetto e pertanto unisce la dichiarazione di cui all'allegato 2:</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
Via/piazza			n.	
Tel.		Fax	Cod. fisc.	
<b>F3</b>	<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b>			
	<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				
<b>G</b>	<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b>			
	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del <b>D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:</b> - 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

**Allegati:**

- 1. Dichiarazioni di altre persone (allegato 1): allegare per ogni soggetto fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità**
- 2. Dichiarazione del legale rappresentante o preposto (allegato 2).**
- 3. Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che il dichiarante intende fornire nel proprio interesse**

**Dati anagrafici degli eventuali soggetti con poteri di rappresentanza:**

<b>1</b>	<b>Primo dichiarante</b>			
	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) <sup>1</sup>			
	<sup>1</sup> 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				
<b>2</b>	<b>Secondo dichiarante</b>			
	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) <sup>1</sup>			
	<sup>1</sup> 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				
<b>3</b>	<b>Terzo dichiarante</b>			
	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) <sup>1</sup>			
	<sup>1</sup> 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

**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 1 lettere b, c, d, e, f, g dell'art. 13 l. 7.2.2005 n. 28.
- 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, 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

<b>Il sottoscritto</b>			
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) <sup>1</sup>			
<sup>1</sup> 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