

ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)					
1	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	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					

DICHIARAZIONE DI INIZIO ATTIVITA'

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 DICHIARAZIONE RELATIVA A:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
	47.93R	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio e somministrazione per mezzo di distributori automatici	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA'
	56.109R	<input type="checkbox"/> Somministrazione mediante distributori automatici	<input type="checkbox"/> MODIFICA SETTORE MERCEOLOGICO

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 QUALITA' 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		
<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

INIZIO ATTIVITA'

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Settore/i merceologico/i <input type="checkbox"/> Non alimentare <input type="checkbox"/> Alimentare
E	<input type="checkbox"/> Somministrazione di Alimenti e bevande (<i>N.B. 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 reg.to CE n. 852/04 – dpgr n.40 del 1/08/2006 (solo per il settore alimentare)
	<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)
	<input type="checkbox"/> di aver rispettato le norme sull'occupazione di suolo pubblico (qualora il distributore sia installato su area pubblica)

MODIFICA DEL SETTORE MERCEOLOGICO

C	CHE L'ATTIVITA' DI VENDITA DI CUI ALLA DIA DEL _____ PROT. _____, RIFERITA AL/AI SETTORE/I MERCEOLOGICO/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 <i>QUADRO C</i> DI QUELLO <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> ALIMENTARE
	<input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO DI CUI AL <i>QUADRO C</i> 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 ad entrambi i settori</i>	

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Settore/i merceologico/i <input type="checkbox"/> Non alimentare <input type="checkbox"/> Alimentare
E	<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)
	<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)
	<input type="checkbox"/> di aver rispettato le norme sull'occupazione di suolo pubblico (qualora il distributore sia installato su area pubblica)

F	REQUISITI PERSONALI
F1	REQUISITI DI ONORABILITA'
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere a) b), c), d), e), f), dell'art. 71 del D.lgs 26.3.2010 n. 59.
	<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 5 dell'art. 71 del D.lgs 26.3.2010 n. 59 si allega alla presente N. DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.	
F2	REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI
	Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 71, comma 6 lettere a), b), c) del D.lgs 26.3.2010 n. 59 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:
	<input type="checkbox"/> Corso riconosciuto (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso, la durata e le date di svolgimento): _____
	<input type="checkbox"/> 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) _____ _____
	<input type="checkbox"/> Titolo di studio (indicare la tipologia del titolo ottenuto e la data del conseguimento) _____
<input type="checkbox"/> Altro (titolo conseguito all'estero e riconosciuto in Italia; iscrizione al REC etc.): _____	
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 _____ Cod. fisc. _____

G	COMPILARE SOLO 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				

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, 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 relativa copia fotostatica 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:

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

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 necessari per l'esercizio dell'attività di cui al comma 1 lett. a) b), c), d), e), f), dell'art. 71 del 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).

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. 71, comma 6 lettere a), b), c) del D.lgs 26.3.2010 n. 59 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:

Corso riconosciuto (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso, la durata e le date 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: (titolo conseguito all'estero e riconosciuto in Italia; iscrizione al REC etc.):

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