

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
	47.100R 47.101R	<input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti non alimentari <input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti alimentari	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA' (Pag. 2) <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE (Pag. 3) <input type="checkbox"/> AMPLIAMENTO SUPERFICIE DI VENDITA (Pag. 4) <input type="checkbox"/> VARIAZIONE SETTORE MERCEOLOGICO (Pag. 5)

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				
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'

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

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 e destinazione urbanistica della zona previsti		
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato 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 complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq _____		di cui riservata alla vendita 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

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'				
E	Settore/i merceologico/i e sup. di vendita		<input type="checkbox"/> Non alimentare mq	<input type="checkbox"/> Alimentare mq
	<input type="checkbox"/> Merci ingombranti		Sup. reale mq. _____	Sup. ridotta _____
	<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto attività all'ingrosso e al dettaglio		Sup. Totale mq. _____	Sup. al dettaglio mq. _____
	Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie		mq _____	
	Inserito in un centro commerciale:		Denominato	
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
	Prov. Num.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	<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)				
<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)				

TRASFERIMENTO DI SEDE

C	CHE L'ESERCIZIO DI VICINATO DI CUI A DICHIARAZIONE DEL _____ PROT. _____ UBICATO IN:		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio		

C1	E' TRASFERITO IN:				
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno		
	Comune	Prov.	CAP		
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio				
	Dati catasto. Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
	<i>(dati facoltativi)</i> Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <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 e destinazione urbanistica della zona previsti	
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato 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 vendita è rimasta invariata	
	Oppure: <input type="checkbox"/> con ampliamento della superficie di vendita da mq _____ a mq. _____ <input type="checkbox"/> con riduzione della superficie di vendita da mq _____ a mq. _____	
<input type="checkbox"/> che il settore merceologico è rimasto invariato <i>(in caso di variazione compilare la sezione relativa di cui a pag. 5)</i>		

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
	Settore/i merceologico/i e sup. di vendita	<input type="checkbox"/> Non alimentare mq	<input type="checkbox"/> Alimentare mq	
	Tabelle speciali:	<input type="checkbox"/> Generi di monopolio	<input type="checkbox"/> Farmacie mq _____	
	Inserito in un centro commerciale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Denominato	
	Prov. Num.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	<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)			
	<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)			

AMPLIAMENTO SUPERFICIE DI VENDITA¹

C	CHE LA SUPERFICIE DI VENDITA DELL'ESERCIZIO DI VICINATO DI CUI A DICHIARAZIONE				
	DEL _____ PROT. _____		UBICATO IN:		
	Indirizzo Via/P.za _____		Civico _____	Piano/scala/interno _____	
	Comune _____		Prov. _____	CAP _____	
Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio _____					

E' STATA AMPLIATA

<input type="checkbox"/> SUP. ALIMENTARE	DA MQ	A MQ
<input type="checkbox"/> SUP. NON ALIMENTARE	DA MQ	A MQ
<i>SUPERFICIE DI VENDITA TOTALE</i>	DA MQ	A MQ
Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Gen. monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Carburanti	DA MQ	A MQ

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 e destinazione urbanistica della zona previsti			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) ² _____			
	<input type="checkbox"/> che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è mq _____		di cui riservata alla vendita mq ³ _____	
	<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'			
	Settore/i merceologico/i e sup. di vendita ⁴		<input type="checkbox"/> Non alimentare mq	<input type="checkbox"/> Alimentare mq
	Tabelle speciali: <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie		mq _____	
	Inserito in un centro commerciale:		Denominato	
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
	Prov. Num.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	<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)				
<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)				

Note:

- Per superficie di vendita si intende quella effettivamente destinata alla vendita; escludere quindi la superficie degli altri locali destinati a servizio dell'esercizio (ad es. servizi igienici, magazzini, ripostigli, uffici amministrativi).
- Se l'ampliamento della superficie di vendita è avvenuto a seguito di lavori edili di ampliamento o ristrutturazione del fondo, l'attestazione di agibilità deve essere riferita alla denuncia di inizio di attività edilizia o al permesso a costruire che hanno legittimato l'esecuzione di detti lavori.
- La superficie di vendita qui indicata deve essere uguale alla superficie totale come riportata sopra.
- Se a seguito dell'ampliamento della superficie di vendita il soggetto intende esercitare l'attività anche con riferimento all'altro settore merceologico (aggiunta o sostituzione) è necessaria la compilazione anche della sezione relativa di cui a pag. 5.

VARIAZIONE QUALITATIVA O QUANTITATIVA DEL SETTORE MERCEOLOGICO

C	CHE L'ATTIVITA' DI VENDITA NELL'ESERCIZIO DI VICINATO DI CUI ALLA DIA DEL _____ PROT. _____ , RIFERITA AL/AI SETTORE/I MERCEOLOGICO/I <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> ALIMENTARE ED UBICATO IN:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno
	Comune		Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio			

C1	E' OGGETTO DELLA SEGUENTE VARIAZIONE:		
	<input type="checkbox"/> AGGIUNTA AL SETTORE MERCEOLOGICO DI CUI AL QUADRO C DI QUELLO <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE <input type="checkbox"/> ALIMENTARE		
	<input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO DI CUI AL QUADRO C 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>		
<i>N.B. Se la variazione del settore merceologico comporta anche ampliamento o riduzione della superficie di vendita, si prega di non proseguire nella compilazione dei restanti quadri "D" ed "E", ma di compilare anche la scheda "ampliamento superficie di vendita" di cui a pag. 4 o di presentare apposita comunicazione di riduzione di superficie di vendita.</i>			

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 e destinazione urbanistica della zona previsti			
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o la porzione di fabbricato 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 complessiva in cui si svolgerà l'attività è mq		di cui riservata alla vendita mq	
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. <i>(inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):</i>			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
	Settore/i merceologico/i e sup. di vendita ¹		<input type="checkbox"/> Non alimentare mq	<input type="checkbox"/> Alimentare mq
	Inserito in un centro commerciale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Denominato	
	Prov. Num.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	<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) <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)			

Nota

- 1.1 In caso di **aggiunta** di settore merceologico senza ampliamento o riduzione di superficie di vendita, i metri quadri della superficie di vendita dell'esercizio, devono essere specificati avendo riguardo anche alla parte relativa al settore aggiunto
- 1.2 In caso di **sostituzione o rinuncia** a settore merceologico, senza ampliamento o riduzione di superficie di vendita, i metri quadri della superficie di vendita dell'esercizio devono essere indicati con riferimento al nuovo settore scelto, od al settore restante.

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