



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					

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'
(L. 174/2005 per Acconciatori - L.R. 28/2004 per Estetica, tatuaggio, piercing)

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
		<input type="checkbox"/> Acconciatore <input type="checkbox"/> Estetica <input type="checkbox"/> Tatuaggio <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA' <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE <input type="checkbox"/> MODIFICHE LOCALI <input type="checkbox"/> SUBINGRESSO <input type="checkbox"/> VARIAZIONI <input type="checkbox"/> CESSAZIONE

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				
INQUALITA' DI				
A2	<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"/> Institore	
del e registrato a il				
DELLA				
A3	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				

INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI				
B	Via		Prov.	CAP
	Comune	Telefono	Cellulare	Fax

Nota: deve essere compilata esclusivamente la scheda dell'intervento che si intende attivare



INIZIO ATTIVITA'

C	DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'					
	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			
Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro (dati propr. imm.le)						

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 tecnici che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, prevenzione incendi, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti	
	<input type="checkbox"/> che gli arredi e le attrezzature sono conformi a quanto previsto dalle normative di riferimento in ordine ai requisiti igienico-sanitari e di sicurezza;	
	<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta nell'osservanza di quanto previsto dalla normativa di riferimento, statale e comunale, in ordine alla sua conduzione igienica;	
	<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta altresì nell'osservanza di quanto previsto dalla normativa di riferimento in materia di impatto ambientale e acustico;	
	<u>Che l'attività è svolta in struttura principalmente destinata a</u> _____ :	
	<input type="checkbox"/> (se accessoria ad attività turistico-ricettiva) l'esercizio è riservato alle persone alloggiate, ai loro ospiti e a coloro che sono ospitati nella struttura ricettiva in occasione di manifestazioni e convegni organizzati;	
	<input type="checkbox"/> (se accessoria ad attività di palestra) l'esercizio è riservato agli utenti della palestra e a coloro che alla stessa accedono in occasione d'eventi ivi organizzati;	
<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta in occasione di manifestazioni pubbliche di carattere temporaneo, nel rispetto di quanto prescritto dalla normativa regionale che disciplina le attività di estetica, tatuaggio e piercing;		
<input type="checkbox"/> che sono pienamente osservati i contratti collettivi nazionali del lavoro e gli accordi sindacali.		

	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	L'attività ha una superficie complessiva di mq _____	
	<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto all'attività di _____	In virtù del seguente titolo abilitativo _____
	Intestato a: _____	Cognome _____ Nome _____
	Inserito in un centro commerciale: _____	Denominato _____
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Prov. N. _____	Data rilascio _____	Rilasciato da _____

E	REFERENTI DELL'INTERESSATO		
	Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di: _____		<input type="checkbox"/> tecnico incaricato <input type="checkbox"/> società di tecnici incaricati, rappresentata da: _____
	Cognome _____ Nome _____		Cittadinanza _____
	C. F. _____	Data di nascita _____	Luogo di nascita _____
	Studio nel: _____	Comune di _____	CAP _____
	Via/p.zza _____	n _____	Telef. _____ Cell. _____
	Fax _____	e-mail (<input type="checkbox"/> con firma digitale)	
	Nr. Iscriz. _____	All'ordine professionale degli _____	Della Prov. di _____
	Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di Associazione di categoria:		
	altro soggetto di riferimento:		
	Comune di _____		CAP _____ Prov. _____
	Via/ p.zza _____		n _____
	Telef. _____	Cell. _____	Fax _____
	Cognome _____		Nome _____
E-mail (<input type="checkbox"/> con firma digitale)			

TRASFERIMENTO DI SEDE

C	CHE L'ESERCIZIO 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 _____	

C	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 _____ Num. _____ Sub. _____
	Destinazione d'uso _____	Dest. urbanistica di zona _____
	Detenuto a titolo di _____	Indicare i dati del proprietario dell'immobile _____
<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 C1 in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti tecnici che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, prevenzione incendi, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti	
	<input type="checkbox"/> che gli arredi e le attrezzature sono conformi a quanto previsto dalle normative di riferimento in ordine ai requisiti igienico sanitari e di sicurezza;	
	<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta nell'osservanza di quanto previsto dalla normativa di riferimento, statale e comunale, in ordine alla sua conduzione igienica;	
	<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta altresì nell'osservanza di quanto previsto dalla normativa di riferimento in materia di impatto ambientale e acustico;	
	Che l'attività è svolta in struttura principalmente destinata a _____ :	
	<input type="checkbox"/> (se accessoria ad attività turistico-ricettiva) l'esercizio è riservato alle persone alloggiate, ai loro ospiti e a coloro che sono ospitati nella struttura ricettiva in occasione di manifestazioni e convegni organizzati;	
	<input type="checkbox"/> (se accessoria ad attività di palestra) l'esercizio è riservato agli utenti della palestra e a coloro che alla stessa accedono in occasione d'eventi ivi organizzati;	
<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta in occasione di manifestazioni pubbliche di carattere temporaneo, nel rispetto di quanto prescritto dalla normativa regionale che disciplina le attività di estetica, tatuaggio e piercing;		
<input type="checkbox"/> che sono pienamente osservati i contratti collettivi nazionali del lavoro e gli accordi sindacali.		

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
L'attività ha una superficie complessiva di mq _____	
<input type="checkbox"/> Esercizio congiunto all'attività di _____	In virtù del seguente titolo abilitativo _____
Intestato a: _____	nome _____ Cognome _____
Inserito in un centro commerciale: _____	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Denominato _____
Prov. N. _____	Data rilascio _____ Rilasciato da _____

MODIFICHE LOCALI

C	CHE LA SUPERFICIE DELL'ATTIVITA' DI		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					

SONO STATE APPORTATE LE SEGUENTI MODIFICHE:

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 tecnici che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, prevenzione incendi, destinazione d'uso dei locali e destinazione urbanistica della zona previsti
	<input type="checkbox"/> che gli arredi e le attrezzature sono conformi a quanto previsto dalle normative di riferimento in ordine ai requisiti igienico sanitari e di sicurezza;
	<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta nell'osservanza di quanto previsto dalla normativa di riferimento, statale e comunale, in ordine alla sua conduzione igienica;
	<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta altresì nell'osservanza di quanto previsto dalla normativa di riferimento in materia di impatto ambientale e acustico;
	<i>Che l'attività è svolta in struttura principalmente destinata a</i> _____ :
	<input type="checkbox"/> (se accessoria ad attività turistico-ricettiva) l'esercizio è riservato alle persone alloggiate, ai loro ospiti e a coloro che sono ospitati nella struttura ricettiva in occasione di manifestazioni e convegni organizzati;
	<input type="checkbox"/> (se accessoria ad attività di palestra) l'esercizio è riservato agli utenti della palestra e a coloro che alla stessa accedono in occasione d'eventi ivi organizzati;
<input type="checkbox"/> che l'attività è svolta in occasione di manifestazioni pubbliche di carattere temporaneo, nel rispetto di quanto prescritto dalla normativa regionale che disciplina le attività di estetica, tatuaggio e piercing;	
<input type="checkbox"/> che sono pienamente osservati i contratti collettivi nazionali del lavoro e gli accordi sindacali.	



SUBINGRESSO

C	DI ESSERE SUBENTRATO NEL <input checked="" type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELL' ATTIVITA' DI UBCATA OVE SEGUE:				
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.		CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio				

D	CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ INDICATA NEL QUADRO C ERA IL SEGUENTE SOGGETTO (compilare il presente quadro in caso di imprenditore individuale):				
	Cognome		Nome		
	Nato a		Prov.		
	Residente in		Prov.		CAP
	Via/piazza				Δ
	Tel.		Fax		Cod. fisc.
	Indirizzo email (<input type="checkbox"/> con firma digitale)				
	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		

D1	CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ INDICATA NEL QUADRO C ERA LA SOCIETA' (compilare il presente quadro in caso di 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	
<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.				

D2	DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO -					
	<input type="checkbox"/> ATTO TRA VIVI					
	Estremi atto: Data		Notaio	Rep. n.	Registr. A	Data e num
	NATURA DELL'ATTO					
	<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):						

D3	DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO				
	<input type="checkbox"/> PER CAUSA DI MORTE (indicare gli estremi dell'atto di pubblicazione del testamento)				
	Data dell'atto		Notaio	Rep. n.	Registr. A
<i>Natura della successione</i>					
<input type="checkbox"/> SUCCESSIONE LEGITTIMA			<input type="checkbox"/> SUCCESSIONE TESTAMENTARIA		

**VARIAZIONI**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Trasformazioni societarie |
| <input type="checkbox"/> Ragione o denominazione sociale | <input type="checkbox"/> Soggetto in possesso dei requisiti professionali |

LEGALE RAPPRESENTANTE**DATI RIFERITI ALL'ATTIVITA' INTERESSATA DALLA VARIAZIONE**

Indirizzo Via/P.za _____ Civico _____ Piano/scala/interno _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

denominazione dell'insegna di esercizio (se presente)

Titolare di:

 DIA DEL _____ PROTOCOLLO _____**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'**

- per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. _____ del _____ e registrato a _____ il _____
- per effetto del verbale dell'assemblea ordinaria del _____, in copia allegato alla presente

la legale rappresentanza della società indicata nel quadro A3 è stata attribuita al/ai soggetto/i di cui all'allegato 1, contenente la dichiarazione di questo/i circa il possesso dei requisiti soggettivi morali di cui all'art. 2 della l. 17.8.2005 n. 174 (per l'attività di acconciatore) art. 8, comma 2 della l. r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing).

Che il/i precedente/i legale/i rappresentante/i della società indicata nel quadro A3 era/erano il/i soggetti indicato/i nell'alleg. 3.

RAGIONE O DENOMINAZIONE SOCIALE**DATI RIFERITI ALL'ATTIVITA' INTERESSATA DALLA VARIAZIONE**

Indirizzo Via/P.za _____ Civico _____ Piano/scala/interno _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

denominazione dell'insegna di esercizio (se presente)

Titolare di:

 DIA DEL _____ PROTOCOLLO _____**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'**

per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. _____ del _____ e registrato a _____ il _____ la Ragione Sociale (per le S.N.C. e le S.A.S.) o la Denominazione Sociale (per le S.P.A. le S.A.P.A. le S.R.L. e Società Cooperative) della Società indicata nel quadro A3 è variata

Da _____ a _____

TRASFORMAZIONI SOCIETARIE¹**DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA' INTERESSATI DALLA VARIAZIONE**

Indirizzo Via/P.za _____ Civico _____ Piano/scala/interno _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

denominazione dell'insegna di esercizio (se presente)

Titolare di:

 DIA DEL _____ PROTOCOLLO _____**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'**

per effetto dell' atto redatto presso lo studio notarile _____ repertorio n. _____ del _____ e registrato a _____ il _____ Società indicata nel quadro A3 si è trasformata

Da _____ a _____



1) La presente sezione deve essere compilata in caso di mutamento della tipologia della società (ad es. da S.N.C. a S.A.S. o a S.R.L. e S.P.A.) od in caso di fusione e scissione della società senza trasferimento di azienda

SOGGETTO IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

DATI RIFERITI ALL'ESERCIZIO O ALL'ATTIVITA' INTERESSATI DALLA VARIAZIONE			
C1	Indirizzo Via/P.za _____		Civico _____
	Comune _____		Prov. _____
Piano/scala/interno _____			
CAP _____			
denominazione dell'insegna di esercizio (se presente) _____			
C3	Titolare di: <input type="checkbox"/> DIA DEL _____ PROTOCOLLO _____		
E DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
è avvenuta la variazione del soggetto in possesso dei requisiti professionali prescritti per l'esercizio dell'attività pertanto a far data dalla presentazione della presente comunicazione, il soggetto in possesso dei requisiti professionali è:			
Cognome _____		Nome _____	
Nato a _____		Prov. _____	
Residente in _____		Prov. _____	
Via/piazza _____		CAP _____	
Codice fiscale _____		n _____	
Che allega alla presente la dichiarazione circa il possesso dei requisiti soggettivi morali e professionali di cui agli artt. 2 e 3 della l. 174/2005 (per l'attività di acconciatore) artt 8 e 10 della l. r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing), di cui agli allegati 1 e 2			
a far data dalla presentazione della presente comunicazione, il soggetto Responsabile tecnico all'attività è:			
Cognome _____		Nome _____	
Nato a _____		Prov. _____	
Residente in _____		Prov. _____	
Via/piazza _____		CAP _____	
Codice fiscale _____		n _____	
che allega alla presente la dichiarazione circa il possesso dei requisiti morali e professionali di cui agli artt. 2 e 3 della l. 174/2005 (per l'attività di acconciatore) e agli artt. 8 e 10 della l. r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing), di cui agli allegati 1 e 2. (n.b. da compilare in caso di mutamento del Responsabile tecnico all'attività)			
E2 Si precisa che il soggetto sopra indicato, si sostituisce a:			
Cognome _____		Nome _____	
Nato a _____		Prov. _____	
Residente in _____		Prov. _____	
Via/piazza _____		CAP _____	
Codice fiscale _____		n _____	
originariamente individuato come soggetto Responsabile tecnico, ai sensi dell'art. 3, l. 174/2005 (per l'attività di acconciatore, art. 10 della l. r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing) .			



CESSAZIONE ATTIVITA'

Ci	CHE L'ATTIVITA' DI CUI ALLA DICHIARAZIONE DEL _____ PROTOCOLLO _____ UBICATA IN _____		
	Indirizzo Via/P.za _____	Civico _____ Piano/scala/interno _____	
	Comune _____	Prov. _____ CAP _____	
	<u>Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio</u> _____		
	La cessazione avviene per	<input type="checkbox"/> subingresso	<input type="checkbox"/> definitiva

CESSA NELLA SEGUENTE DATA _____



F	REQUISITI PERSONALI
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di tutti i requisiti soggettivi morali richiesti per lo svolgimento dell'attività di cui alla presente <u>dichiarazione di inizio attività</u> ; <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 art. 2 l. 174/2005 (per l'attività di acconciatore) e art. 8 l. r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing) si allega alla presente N. _____ DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.
	REQUISITI PROFESSIONALI Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di specifica qualificazione secondo l'art. 3 della l. 174/2005 (per l'attività di acconciatore) art. 10 della l.r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing) e successive modifiche: Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____ <input type="checkbox"/> Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____ <input type="checkbox"/> Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito
F2	Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____ <input type="checkbox"/> Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito
	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. _____
	Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
	Via/piazza _____ n _____
	Tel. _____ Fax _____ Cod. fisc. _____
	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO
F3	<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 _____ i _____ Valida fino al _____
	* Specificare il motivo del rilascio _____
	TRATTAMENTO DATI PERSONALI
G	<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, 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

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

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.

N. B. In caso di **trasmissione telematica con firma digitale** non è necessario assolvere all'adempimento sopra scritto.

Allegati:

1. Estratto di PRG

- Dichiarazioni di altre persone (allegato 1): allegare per ogni soggetto relativa copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità. (In caso di trasmissione telematica con firma digitale non è necessario l'allegato del documento d'identità).
- Dichiarazione del responsabile tecnico (allegato 2).
- Relazione tecnica descrittiva dell'immobile, dell'attività ed in particolare specificare la procedura di sanificazione dei locali e delle apparecchiature e della sterilizzazione degli strumenti e delle modalità di smaltimento dei rifiuti sanitari non assimilabili ai R.S.U. ;
- Elaborati grafici: planimetria del locale (scala 1:100) comprendente tutti i locali in cui si svolge l'attività, indicando misure ed altezze, nonché la funzione cui sono destinate (lavorazione, cabine, wc, ripostiglio etc...) e con il layout delle attrezzature e schema smaltimento delle acque reflue con indicato il sistema di raccolta e trattamento dei liquidi e recettore finale;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - autocertificazione impianti (compilare solo per avvio attività, trasferimento di sede, subingresso, modifiche locali) (allegato 3).

6. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno.



ALLEGATO N. 1 Dichiarazione di altre persone (amministratori, soci) indicate nell'art. 2 della l. 174/2005 (per l'attività di acconciatore) art. 8 della l. r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing) e successive modifiche.

Dati anagrafici degli eventuali soggetti con poteri di rappresentanza:

1	Primo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	I
	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	I	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
2	Secondo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	I
	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	I	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
3	Terzo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	I
	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	I	Valido 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 soggettivi morali e professionali prescritti per l'esercizio dell'attività.
- 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. N.B. In caso di **trasmissione telematica con firma digitale** non è necessario assolvere l'adempimento sopra scritto.



ALLEGATO N. 2 Dichiarazione di altro soggetto secondo quanto indicato dal comma 5 art. 3 l. 17/08/2005 n. 174 (per l'attività di acconciatore) e art. 8 della l. r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing) e successive modifiche.

Il sottoscritto			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	I
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 *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
N	Rilasciato da	I	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 del seguente requisito professionale prescritto dall'art. 3 della l. 174/2005 (per l'attività di acconciatore) e dall'art. 10 della l. r. 28/2004 (per l'attività di estetica, tatuaggio, piercing) e successive modifiche, ed in particolare:

Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____

Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito

Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____

Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito

Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____

Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito

DI ACCETTARE L'INCARICO DI RESPONSABILE TECNICO

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, 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

L'interessato deve firmare* il presente modello

L'interessato

* 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.

N.B. In caso di **trasmissione telematica con firma digitale** non è necessario assolvere all'adempimento sopra scritto.



ALLEGATO N. 3. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 DPR 445 del 28/12/2000) - Autocertificazione impianti (compilare solo per avvio attività, trasferimento di sede, subingresso, modifiche locali)

Il sottoscritto		
Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	!
<u>Codice fiscale (16 caratteri)</u>		
Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza	n	
<u>Codice fiscale (16 caratteri)</u>		
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	! Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio		

DICHIARA

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia personale responsabilità (art.76 DPR 28/12/2000 n.445):

di essere in possesso della dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico rilasciata dall'impresa installatrice _____ C.F. _____ iscritta alla Camera d Commercio d _____ e redatta sulla base dei modelli del Ministero dell'Industria (D.M. 20.02.1992 pubblicato su G.U. n. 49 del 28.02.1992);

(per impianti realizzati precedentemente e non modificati), di non avere apportato modifiche agli impianti già presenti nei locali, in quanto conformi alla vigente normativa;

di essere in possesso della modello di trasmissione della dichiarazione di conformità dell'impianto di messa a terra trasmessa all'ISPESL in data _____, ai sensi del DPR 547/55;

di non avere trasmesso all'ISPESL la dichiarazione di conformità dell'impianto di messa a terra in quanto non necessario

di essere in possesso della dichiarazione di conformità degli impianti:

- a) di riscaldamento
- b) idrico-sanitario
- c) di condizionamento

rilasciate rispettivamente dalle seguenti imprese installatrici:

- A) _____ C.F. _____ iscritta alla Camera di Commercio d _____
- B) _____ C.F. _____ iscritta alla Camera di Commercio d _____
- C) _____ C.F. _____ iscritta alla Camera di Commercio di _____

(per gli acconciatori) di avere redatto il Protocollo di pulizia e disinfezione di ambienti, superfici e strumenti, comprendente le precauzioni adottate per la prevenzione del contagio da malattie trasmesse per via ematica (uso di materiali a perdere, modalità di disinfezione e/o sterilizzazione ecc.);

che gli apparecchi elettromeccanici, sono rispondenti alle norme CEI vigenti in materia e sono:

- conformi alle relative prescrizioni di sicurezza e corredati del certificato/dichiarazione di conformità, con indicazione delle norme di riferimento e di eventuali marchi di sicurezza (IMQ);
- identificabili attraverso i dati di targa riportati all'esterno dell'apparecchio e nella documentazione annessa come previsto dalle norme tecniche vigenti;
- corredati da documentazione tecnica in lingua italiana contenente gli elementi per la corretta installazione e le indicazioni di corretto uso e manutenzione;
- corredati di registro per le annotazioni di revisioni e manutenzioni periodiche, nonché delle verifiche di sicurezza previsto dalle norme CEI;

che gli sterilizzatori elettrici a calore (Stufe a secco, autoclavi, sfere di quarzo) utilizzati nelle procedure per la prevenzione delle infezioni a trasmissione ematica, sono corrispondenti ai requisiti di sicurezza stabiliti dal DPR 547/55, norme CEI ed UNI;

(in caso di subingresso) che non sono state apportate modifiche sostanziali né ai locali né agli impianti, in quanto rispondenti alla vigente normativa.



(in caso di subingresso) di subentrare alla ditta _____ C.F. _____ per:
atto di _____ stipulato o redatto in data ____ / ____ / ____ con decorrenza da
/ / (notaio _____ repertorio n. ____) registrato a _____ il
/ / al n. _____;

Intervenuta scadenza naturale di contratto in data ____ / ____ / ____ dell'atto di
nel pieno rispetto di termini e modalità pattuiti, come da documentazione allegata in copia;

Sentenza/Ordinanza n. _____ dell'autorità Giudiziaria _____
in data ____ / ____ / ____ con cui dispone _____

_____ esecutiva dal ____ / ____ / ____

E Dichiaro 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, 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 legg

Data e luogo

L'interessato 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.

N.B. In caso di **trasmissione telematica con firma digitale** non è necessario assolvere all'adempimento sopra scritto.