

ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)					
1	Ufficio ricevente	Presentata il	A mezzo	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'
(Art. 48 L.R. 7.2.2005 n. 28 e s.m.i)

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:

	Codice	Nome attività	Oggetto
0	<input type="checkbox"/> 56.201R	Mense aziendali	<input type="checkbox"/> INIZIO ATTIVITA' <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE <input type="checkbox"/> MODIFICHE STRUTTURALI AI LOCALI AMPLIAMENTO SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE
	<input type="checkbox"/> 56.207R	Somministrazione congiunta ad attività di pubb. Spett. o trattenimento.	
	<input type="checkbox"/> 56.208R	Servizi di ristorazione sui mezzi di trasporto pubblico.	
	<input type="checkbox"/> 56.206R	Somministrazione al domicilio del consumatore (Catering)	
	<input type="checkbox"/> 56.211R	Somministrazione e preparazione alimenti in impianti di carburante nuovi o esistenti.	

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		
IN QUALITA' DI			
A2	<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		
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	Comune	Prov. CAP
	Email	Telef	Cell Fax

Compilare esclusivamente la scheda dell'intervento che si intende effettuare

TRASFERIMENTO DI SEDE

C	CHE L'ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE DI CUI ALL'AUTORIZZAZIONE/DIA N.		DEL		UBICATO IN:
	Indirizzo Via/P.za		N civico		Piano/scala/interno
	Comune			Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio				

C 1	SI E' TRASFERITO NEI LOCALI UBICATI IN:				
	Indirizzo Via/P.za		N civico		Piano/scala/interno
	Comune			Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio				
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Destinazione urbanistica		
	<i>Detenuto a titolo di</i> <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*			<i>*Indicare i dati proprietario immobile</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, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività				
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (<i>Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.</i>) _____				
	<input type="checkbox"/> che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq			di cui riservata alla somministrazione 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	DICHIARAZIONE RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'		
	Il sottoscritto dichiara:		
	- che l'attività di somministrazione è svolta: <input type="checkbox"/> a carattere permanente		
	<input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal _____ al _____		
	Nel locale viene svolta altra attività: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
	<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 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"/> Che le attività indicate nella lett. A) del 1°c. d ell'art.48 della l.r. 7/2/2005 n. 28 sono prevalenti rispetto all'attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande, in quanto per esse è adibita una superficie pari a tre quarti della superficie complessiva dell'esercizio. <i>(N.B. da compilare solo in caso di attività di somministrazione svolta congiuntamente ad altra attività di pubblico spettacolo, intrattenimento, sale da gioco, stabilimenti balneari, impianti sportivi, attività culturali e tc.)</i>		

MODIFICHE STRUTTURALI AI LOCALI AMPLIAMENTO SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE 1

1 *N.B. per la riduzione della superficie di somministrazione, compilare l'apposita dichiarazione contenuta nel modello generale per cessazione attività*

C	CHE LA SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE DELL'ESERCIZIO DI CUI ALL'AUTORIZZAZIONE/SCIA N. DEL		
	UBICATO IN:		
	Indirizzo Via/P.za	N civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio			

E' STATA AMPLIATA DA MQ A MQ
SONO STATE APPORTATE LE SEGUENTI MODIFICHE STRUTTURALI AI LOCALI:

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, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività	
	<input type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (<i>Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.</i>)	
	<input type="checkbox"/> che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq	di cui riservata alla somministrazione mq

E	DICHIARAZIONE RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Il sottoscritto dichiara:	
	- che l'attività di somministrazione è svolta: <input type="checkbox"/> a carattere permanente	
	<input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal al	
	Nel locale viene svolta altra attività: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
	<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 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"/> Che le attività indicate nella lett. A) del 1°c. d ell'art.48 della l.r. 7/2/2005 n. 28 sono prevalenti rispetto all'attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande, in quanto per esse è adibita una superficie pari a tre quarti della superficie complessiva dell'esercizio. <i>(N.B. da compilare solo in caso di attività di somministrazione svolta congiuntamente ad altra attività di pubblico spettacolo, intrattenimento, sale da gioco, stabilimenti balneari, impianti sportivi, attività culturali etc.)</i>		

Note:

2. Per superficie di somministrazione s'intende la superficie appositamente attrezzata per essere utilizzata per la somministrazione. Rientra in essa l'area occupata da banchi, scaffalature, tavoli, sedie, panche e simili, nonché lo spazio funzionale esistente tra dette strutture. Non vi rientra l'area occupata da magazzini, depositi, locali di lavorazione, cucine, uffici e servizi.

F	REQUISITI PERSONALI
	REQUISITI DI ONORABILITA'
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 2 art. 71 del D.lgs. 59/2010.
F1	<input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1995 n. 575 (normativa antimafia), né quelle previste dal comma 2 del suddetto art. 13 della l.r. 7.2.05 n. 28.
	Trattandosi di società od organismi collettivi di cui comma 6 dell'art. 13 l.r. 7.2.2005 n. 28, si allega alla presente n. _____
	DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 2.

	REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI
	Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 71 comma 6 del D.lgs. 59/2010 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:
	<input type="checkbox"/> Aver frequentato con esito positivo il corso professionale che costituisce titolo per il commercio del settore alimentare: nome dell'Istituto _____ con Sede a _____ oggetto del corso _____ matricola corso _____ anno di conclusione _____ Ente che ha rilasciato la qualificazione professionale (<i>indicare la Regione e la Provincia/Circondario</i>): _____ attestato n. _____ del ____ / ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande: Tipo di attività _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ n. di iscrizione al Registro delle Imprese _____ del ____ / ____ / ____ n. REA _____ del ____ / ____ / ____ CCIAA di _____
F 2	<input type="checkbox"/> Aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande: Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____ Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____
	Quale dipendente qualificato addetto alla vendita, alla preparazione o all'amministrazione, o in qualità di socio lavoratore regolarmente iscritto all'INPS (o ad altro istituto di previdenza _____) di _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Quale collaboratore familiare, iscritto all'INPS di _____, dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Essere in possesso del sotto specificato diploma di scuola secondaria superiore o di laurea anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, nel cui corso di studi sono previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti (<i>indicare il tipo di diploma, il numero identificativo e la data di rilascio, l'Ente che ha proceduto al rilascio</i>) _____ ;
	<input type="checkbox"/> essendo cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento delle qualifiche per l'attività professionale svolta secondo quanto previsto dal D.L.gvo 20.09.2002, n° 229 in attuazione della direttiva 1999/42/CE, consistente in _____ prot.n° _____ del _____
	<input type="checkbox"/> essendo cittadino di Stato non appartenente all'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento previsto dalle normative nazionali ed internazionali concernente il titolo di studio, consistente in _____ prot. n° _____ del _____
	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:
	Nome _____ Cognome _____
	Nato a _____ Il _____
	Residente in _____ prov _____ alla Via/ Piazza _____ n. _____

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	il
			Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio			

TRATTAMENTO DATI PERSONALI	
G	<input checked="" 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 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

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.**

**IN CASO DI PROCURA PER LA SOTTOSCRIZIONE E LA PRESENTAZIONE
L'INCARICATO MEDIANTE PROCURA SPECIALE, AI SENSI DEGLI ARTT. 1392 E 1393 DEL CODICE CIVILE, DI
SOTTOSCRIVERE DIGITALMENTE PER CONTO DEL/I RICHIEDENTE/I E DI PRESENTARE LA PRESENTE SEGNALAZIONE PER
VIA TELEMATICA, DICHIARA, AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445:**

CHE IL TESTO ORIGINALE DELLA PROCURA SPECIALE FORMULATA SECONDO IL MODULO FORNITO E SOTTOSCRITTO CON FIRMA AUTOGRAFA DAL RICHIEDENTE E' CONSERVATO PRESSO LA SEDEIN VIA N. COMUNEPROV. ED E' A DISPOSIZIONE DELLA PA PER OGNI EVENTUALE CONTROLLO;

CHE IL TESTO ORIGINALE DELLE N. DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI, ECC.) INDICATE ALL'ART. 2 DPR 252/1998 (ALLEGATO 1) DI CUI AL QUADRO F3 SONO STATE REGOLARMENTE COMPILATE E SOTTOSCRITTE CON FIRMA AUTOGRAFA CON ALLEGATA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DI OGNI DICHIARANTE ED E' CONSERVATO PRESSO LA SEDEIN VIA N. COMUNEPROV. ED E' A DISPOSIZIONE DELLA PA PER OGNI EVENTUALE CONTROLLO;

L'INCARICATO Firma digitale OVVERO Identificazione con l'uso della carta di identità elettronica o della carta nazionale dei servizi
--

<p>MODULO PER LA PROCURA SPECIALE INCARICO PER LA SOTTOSCRIZIONE DIGITALE E LA PRESENTAZIONE TELEMATICA DELLA DICHIARAZIONE E DELLA RELATIVA DOCUMENTAZIONE</p> <p>Il/I sottoscritto/iin qualità di (1)</p> <p>DICHIARA/DICHIARANO di conferire al Sig.in qualità di</p> <p>.....procura speciale, ai sensi degli artt. 1392 e 1393 del Codice Civile, per la sottoscrizione digitale e presentazione telematica della presente dichiarazione.</p> <p>FIRMA AUTOGRAFA</p> <p>Il presente modello va compilato, sottoscritto con firma autografa. Al presente modello deve inoltre essere allegata copia di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.</p> <p>(1) Amministratore, titolare, socio, legale rappresentante, sindaco, ecc...</p>

ALLEGATO N. 1

Dichiarazione di altre persone (amministratori, soci) indicate comma 6 art. 13 l. 07/02/2005 n. 28

1	Primo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di c. 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 *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di c. 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 *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di c. di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			

DICHIANANO

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 2 art. 71 del D.lgs. 59/2010.
- 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), né quelle previste dal comma 2 del suddetto art. 13 della l.r. 7.2.05 n. 28.

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

* 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.

ALLEGATO N. 2

Dichiarazione di altro soggetto secondo quanto indicato dal comma 6 art. 14 l.r. 07/02/2005 n. 28

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 *		<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 del D.lgs. 59/2010 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:

Aver frequentato con esito positivo il corso professionale che costituisce titolo per il commercio del settore alimentare:

nome dell'Istituto _____ con Sede a _____

oggetto del corso _____

matricola corso _____ anno di conclusione _____

Ente che ha rilasciato la qualificazione professionale (indicare la Regione e la Provincia/Circondario):

_____ attestato n. _____ del / /

Aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande:

Tipo di attività _____ dal / / al / /

n. di iscrizione al Registro delle Imprese _____ del / /

n. REA _____ del / / CCIAA di _____

Aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande:

Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____

Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____

Quale dipendente qualificato addetto alla vendita, alla preparazione o all'amministrazione, o in qualità di socio lavoratore regolarmente iscritto all'INPS (o ad altro istituto di previdenza _____) di _____ dal / / al / /

Quale collaboratore familiare, iscritto all'INPS di _____, dal / / al / /

Essere in possesso del sotto specificato diploma di scuola secondaria superiore o di laurea anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, nel cui corso di studi sono previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti (indicare il tipo di diploma, il numero identificativo e la data di rilascio, l'Ente che ha proceduto al rilascio) _____ ;

essendo cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento delle qualifiche per l'attività professionale svolta secondo quanto previsto dal D.L.gvo 20.09.2002 , n° 229 in attuazione della direttiva 1999/42/CE , consistente in _____ prot.n° _____ del _____

essendo cittadino di Stato non appartenente all'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento previsto dalle normative nazionali ed internazionali concernente il titolo di studio, consistente in _____ prot. n° _____

del _____

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 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*