

ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)				
1	Ufficio ricevente	Presentata il	Modalità di inoltro	Data protocollo
			<input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica	Num. Prot
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
	47.106.R	Spacci interni	<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	<b>IN QUALITA' DI</b>			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Institore	
	<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile ..... repertorio N° ..... del ..... e registrato a ..... il .....			
A3	<b>DELLA</b>			
	Forma giuridica *	Denominazione**		
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/P.zza		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	Telefono	Cellulare	Fax

INIZIO ATTIVITA'

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				
C	Dati catasto. Categ.	Classe	Foglio	Numero
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona	
	Presso (inserire la denominazione dell'Ente, Associazione, impresa etc. ove è ubicato lo spaccio):			
	(dati facoltativi) 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				
<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 in cui si svolgerà l'attività è di mq.		di cui riservata alla vendita mq.		
D	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc.:			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
Settore o sett. merceologici e sup. di vendita <input type="checkbox"/> Non alimentare mq <input type="checkbox"/> Alimentare mq	
Il sottoscritto dichiara:	
E	<input type="checkbox"/> che i locali ove è ubicato lo spaccio non sono aperti al pubblico, e non hanno accesso diretto dalla pubblica via
	<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)
I destinatari dell'attività di vendita sono: _____	

**TRASFERIMENTO DI SEDE<sup>1</sup>**

<b>C</b>	<b>CHE LO SPACCIO INTERNO DI CUI A DIA DEL _____ PROT. _____ UBICATO IN:</b>		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio		
	Presso (inserire la denominazione dell'Ente, Associazione, impresa etc. ove è ubicato lo spaccio):		

<b>C1</b>	<b>E' TRASFERITO IN:</b>				
	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				

<b>D</b>	<b>RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI</b>	
	<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>	

<b>E</b>	<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>	
	Settore o sett. merceologici e sup. di vendita	<input type="checkbox"/> Non alimentare mq <input type="checkbox"/> Alimentare mq
	Il sottoscritto dichiara:	
	<input type="checkbox"/> che i locali ove è ubicato lo spaccio non sono aperti al pubblico e non hanno accesso diretto dalla pubblica via <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)	
	I destinatari dell'attività di vendita sono: _____	

<sup>1</sup>. Si tenga presente che in caso di trasferimento di sede di uno Spaccio Interno questo non può mutare il soggetto (Ente, Associazione, Impresa etc.) di cui è a servizio.

# AMPLIAMENTO SUPERFICIE DI VENDITA<sup>1</sup>

<b>C</b>	<b>CHE LA SUPERFICIE DI VENDITA DELLO SPACCIO INTERNO DI CUI A DIA DEL _____ PROT. _____</b>			
	<b>UBICATO IN:</b>			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno
	Comune		Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio			
Presso (inserire la denominazione dell'Ente, Associazione, impresa etc. ove è ubicato lo spaccio):				

## E' STATA AMPLIATA

<input type="checkbox"/> SUP. ALIMENTARE	<b>DA MQ</b>	-----	<b>A MQ</b>	-----
<input type="checkbox"/> SUP. NON ALIMENTARE	<b>DA MQ</b>	-----	<b>A MQ</b>	-----
<i>SUPERFICIE DI VENDITA TOTALE</i>	<b>DA MQ</b>	-----	<b>A MQ</b>	-----

<b>D</b>	<b>RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI</b>			
	<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. <sup>2</sup>			
	<input type="checkbox"/> che la superficie in cui si svolgerà l'attività è di mq.		di cui riservata alla vendita mq. <sup>3</sup>	
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc.:			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

<b>E</b>	<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>		
	Settore o sett. merceologici e sup. di vendita <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Non alimentare mq <input type="checkbox"/> Alimentare mq		
	Il sottoscritto dichiara:		
	<input type="checkbox"/> che i locali ove è ubicato lo spaccio non sono aperti al pubblico, e non hanno accesso diretto dalla pubblica via <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)		
I destinatari dell'attività di vendita sono: _____			

N.B.

1. 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).
2. 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.
3. La superficie di vendita qui indicata deve essere uguale alla superficie totale come indicata sopra.
4. 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**

<b>C</b>	<b>CHE L'ATTIVITA' DI VENDITA NELLO SPACCIO INTERNO DI CUI A DIA DEL _____ PROT. _____ , RIFERITA AL/AI SETTORE/I MERCEOLOGICO/I</b> <input type="checkbox"/> <b>NON ALIMENTARE</b> <input type="checkbox"/> <b>ALIMENTARE ED UBICATO IN</b>		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio		
	Presso (inserire la denominazione dell'Ente, Associazione, impresa etc. ove è ubicato lo spaccio):		

<b>C1</b>	<b>E' OGGETTO DELLA SEGUENTE VARIAZIONE:</b>
	<input type="checkbox"/> <b>AGGIUNTA</b> SETTORE MERCEOLOGICO DI CUI AL <i>QUADRO C</i> DI QUELLO <input type="checkbox"/> <b>NON ALIMENTARE</b> <input type="checkbox"/> <b>ALIMENTARE</b>
	<input type="checkbox"/> <b>SOSTITUZIONE</b> SETTORE MERCEOLOGICO DI CUI AL <i>QUADRO C</i> CON QUELLO <input type="checkbox"/> <b>NON ALIMENTARE</b> <input type="checkbox"/> <b>ALIMENTARE</b>
	<input type="checkbox"/> <b>RINUNCIA*</b> AL SETTORE MERCEOLOGICO <input type="checkbox"/> <b>NON ALIMENTARE</b> <input type="checkbox"/> <b>ALIMENTARE</b>
* se l'attività era riferita ad entrambi i settori	
<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>	

<b>D</b>	<b>RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI</b>			
	<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 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.:			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

<b>E</b>	<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>		
	Settore o sett. merceologici e sup. di vendita <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Non alimentare mq	<input type="checkbox"/> Alimentare mq
	Il sottoscritto dichiara:		
	<input type="checkbox"/> che i locali ove è ubicato lo spaccio non sono aperti al pubblico, e non hanno accesso diretto dalla pubblica via <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)		
I destinatari dell'attività di vendita sono: _____			

- 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.

<b>F</b>	<b>REQUISITI PERSONALI</b>
<b>F1</b>	<b>REQUISITI DI ONORABILITA'</b>
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere 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 <b>N.</b> <b>DICHIARAZIONI COMPILATE</b> di cui all'allegato 1.	
<b>F2</b>	<b>REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI</b>
	Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 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"/> <b>Corso riconosciuto</b> (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso, la durata e le date di svolgimento): _____
	<input type="checkbox"/> <b>Esperienza professionale</b> (indicare se in proprio, in qualità di dipendente, o in qualità di coadiutore familiare [coniuge dell'imprenditore, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo]; indicare il soggetto presso il quale è stata svolta l'attività, il periodo di svolgimento e gli estremi di iscrizione all'INPS ) _____ _____
	<input type="checkbox"/> <b>Titolo di studio</b> (indicare la tipologia del titolo ottenuto e la data del conseguimento) _____
<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> (titolo conseguito all'estero e riconosciuto in Italia; iscrizione al REC etc.): _____	
<b>Solo per le società:</b> 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. _____	

<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b>			
<b>G</b>	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		
	N. _____	Rilasciato da _____	il _____ Valido fino al _____
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
	N. _____	Rilasciato da _____	il _____ Valida fino al _____
* Specificare il motivo del rilascio			

<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b>	
<b>H</b>	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del <b>D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196</b> :
	- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo;
	- che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale;
	- che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici;
	- di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge

Data e luogo

**Il Dichiarante**

\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica

**Allegati:**

- 1. Dichiarazioni di altre persone (allegato 1):** allegare per ogni soggetto 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:**

<b>1</b>	<b>Primo dichiarante</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) <sup>1</sup>			
	<sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *			
	N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *			
	N.	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
<b>2</b>	<b>Secondo dichiarante</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) <sup>1</sup>			
	<sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *			
	N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *			
	N.	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
<b>3</b>	<b>Terzo dichiarante</b>			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) <sup>1</sup>			
	<sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per (specificare il motivo)			
	N.	Rilasciato da	il	Valido fino al
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per (specificare il motivo)			
	N.	Rilasciato da	il	Valida fino al

**DICHIARANO**

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità 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

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

**DICHIARA**

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 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