

1	ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)				
	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					

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:

	Codice	Nome attività	Oggetto
0	56.101R 56.105R	<input type="checkbox"/> Esercizi di somministrazione di alimenti e bevande <input type="checkbox"/> Esercizi di somministrazione preparazione di alimenti e bevande	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA' (Pag.2) <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI SEDE (Pag.3) <input type="checkbox"/> AMPLIAMENTO SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE (Pag.4)

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
A2	IN QUALITA' DI			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	
		<input type="checkbox"/> Institore		
<input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile repertorio N° del e registrato a il				
A3	DELLA			
	Forma giuridica *		Denomin.**	
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/piaz.		N. civico	CAP
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA		Codice Fiscale	
	<i>Note:</i> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1			

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via		Comune	Prov.
	Email		Telefono	Cellulare
			CAP	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
C	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio			
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero
	Destinazione d'uso			
	<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				
<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 somministrazione mq	
D	<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

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
E	Il sottoscritto dichiara:
	- di essere in possesso, e di rispettare i requisiti stabiliti dal Comune ai sensi dell'art. 42 bis della l.r. 7.2.2005 n.28
	- 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)

TRASFERIMENTO DI SEDE

C	CHE L'ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE DI CUI A AUTORIZZAZIONE/DIA				
	n. _____ del _____		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 _____		

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 somministrazione è rimasta invariata			
	Oppure: <input type="checkbox"/> con ampliamento della superficie di somministrazione da mq _____ a mq. _____ <input type="checkbox"/> con riduzione della superficie di somministrazione da mq _____ a mq. _____			

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
	Il sottoscritto dichiara:			
	- di essere in possesso, e di rispettare i requisiti stabiliti dal Comune ai sensi dell'art. 42 bis della Lr 7.2.2005 n.28			
	- che l'attività di somministrazione è svolta: <input type="checkbox"/> a carattere permanente <input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal _____ al _____			
	- che 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)			

AMPLIAMENTO SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE^{1 2}

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/DIA		
	n. _____ del _____ UBICATO IN:		
	Indirizzo Via/P.za	Civico	Piano/scala/interno
	Comune	Prov.	CAP
Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio			

E' STATA

AMPLIATA:

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 somministrazione mq _____

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'	
	Il sottoscritto dichiara:	
	- di essere in possesso, e di rispettare i requisiti stabiliti dal Comune ai sensi dell'art. 42 bis della lr 7.2.2005 n.28	
	- che l'attività di somministrazione è svolta: <input type="checkbox"/> a carattere permanente <input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal _____ al _____	
	- che 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)	

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 type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere b), c), d), e), f),g) comma 2 comma 4, comma 5 dell'art. 13 lr. 7.2.2005 n. 28.			
F1	<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 6 dell'art. 13 lr. 7.2.2005 n. 28 si allega alla presente N. _____			
	DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.			
	REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI			
	Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 14 della lr. 7.2.2005 n. 28 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 e la data 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)			

F2	<input type="checkbox"/> Altro (attività lavorativa all'estero, titolo conseguito all'estero, iscrizione a REC), articolo 14 comma 3, 4, 5 L.R. 7.2.2005 n. 28:			

	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.	
	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *			
F3	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			
	TRATTAMENTO DATI PERSONALI			
G	<input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196: <ul style="list-style-type: none"> - 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 l'interessato 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 previsti dal comma 1 lettere b, c, d, e, f, g dell'art. 13 l. 7.2.2005 n. 28.
- 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. 14 della l.r. 7.2.2005 n. 28 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:

Corso riconosciuto (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso e la data 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 (attività lavorativa all'estero, titolo conseguito all'estero, iscrizione a REC), articolo 14 comma 3, 4, 5 L.R 7.2.2005 n. 28:

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