

<b>ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO)</b>					
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		
<b>NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA</b>					

**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)

**DICHIARA DI INIZIARE L'ATTIVITA' DI:**

0	<b>Codice</b>	<b>Nome attività</b>	<b>Oggetto</b>
	47.82R	Commercio al dettaglio su aree pubbliche in forma itinerante	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA' (pag 1) <input type="checkbox"/> MODIFICA SETTORE MERCEOLOGICO (pag.2)

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

<b>DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE</b>				
A1	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo email			
<b>IN QUALITA' DI</b>				
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 .....		repertorio N° ..... del ..... e registrato a ..... il .....	
<b>DELLA</b>				
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			

<b>INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI</b>				
B	Via	Comune	Prov.	CAP
	Email	Telefono	Cellulare	Fax

<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>				
E	Settore o sett. merceologici		<input type="checkbox"/> Non alimentare	<input type="checkbox"/> Alimentare
	Abilitazione alla somministrazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	<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)			

## MODIFICA DEL SETTORE MERCEOLOGICO

<b>C</b>	CHE L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' IN FORMA ITINERANTE DI CUI ALLA DIA /AUTORIZZAZIONE DEL _____ PROT. _____, E RIFERITA AL/AI SETTORE/I MERCEOLOGICO/I
	<input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE
	<input type="checkbox"/> ALIMENTARE
	<input type="checkbox"/> SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE

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

<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>	
Il sottoscritto dichiara inoltre:	
<b>E</b>	<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)

<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 D.lgs 26.3.2010 n. 59.	
	<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), comma 2 dell'art. 71 D.lgs 26.3.2010 n. 59. (N.B. <i>da compilare se il soggetto intende essere abilitato anche alla somministrazione</i> )	
	<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. 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>G</b>	<b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</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>H</b>	<b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</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