

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

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 COMUNICAZIONE RELATIVA A:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
	47.80R	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche su posteggio	ESERCIZIO DI ATTIVITA' COMMERCIALE SU AREA PUBBLICA IN ASSENZA DEL TITOLARE
	47.82R	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche in forma itinerante	

N.B. Questa comunicazione va presentata in duplice copia presso il S.U.A.P. del Comune che ha rilasciato all'imprenditore od alla società l'autorizzazione e la concessione del posteggio, o presso il quale detti soggetti hanno conseguito l'abilitazione all'esercizio del commercio in forma itinerante; una copia della comunicazione, munita degli estremi del protocollo del Comune che l'ha ricevuta, viene restituita all'interessato e va da questo esibita su richiesta dei soggetti ai quali i Comuni hanno affidato le funzioni di vigilanza e controllo dei mercati o delle fiere.

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			
	IN QUALITA' DI <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Collaboratore			
A2	DEL SEGUENTE SOGGETTO (IMPRENDITORE INDIVIDUALE)			
	Denominazione Impresa o Ditta (se presente) ¹			
	Sede legale nel Comune di ²			Prov.
	Via/piaz.	N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA	Codice Fiscale		
A3	DELLA SEGUENTE SOCIETA'			
	Forma giuridica ³	Denominazione		
	Sede legale nel Comune di			Prov.
	Via/piaz.	N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA	Codice Fiscale		
	<i>Note : 1. Inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; 2. In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1; 3. SNC, SAS, SPA, SRL, etc</i>			

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

E	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'		
	- che il soggetto (imprenditore o società) indicato nel quadro A2 o A3 è stato:		
	<input type="checkbox"/> abilitato all'esercizio dell'attività di commercio su area pubblica, in forma itinerante a seguito di dichiarazione di inizio di attività del _____ prot. _____;		
	<input type="checkbox"/> autorizzato all'esercizio del commercio su area pubblica sul/sui seguente/i posteggio/i _____ del Mercato _____ della Fiera _____ (autorizzazione n. _____ del _____, Prot. _____, concessione n. _____ del _____ Prot. _____).		
	- che il soggetto (imprenditore o società) indicato nel quadro A2 o A3 consente al dichiarante di esercitare l'attività di commercio su aree pubbliche in sua assenza.		
	Il sottoscritto dichiara inoltre di essere alle dipendenze del soggetto indicato nel quadro A2 o A3 in qualità di:		
	<input type="checkbox"/> Dipendente regolarmente iscritto all'INPS, dal _____		
	<input type="checkbox"/> Collaboratore (<i>ad.es. collaboratore a progetto o per contratto di collaborazione coordinata e continuativa</i>)		
<input type="checkbox"/> Collaboratore familiare regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ in qualità di:			
<input type="checkbox"/> coniuge dell'imprenditore <input type="checkbox"/> parente entro 3° grado <input type="checkbox"/> Affine entro il 2° grado			

G	COMPILARE SOLO 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				

H	TRATTAMENTO DATI PERSONALI	
	<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, 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