

Allo Sportello Unico delle Attività Produttive del  
**COMUNE DI CASTIGLIONE DEL LAGO**

**Somministrazione di alimenti e bevande**  
(attività particolari - art. 3, comma 6 legge 287/91)  
Segnalazione certificata di inizio attività/Comunicazione

**QUADRO INIZIALE** (compilare in ogni caso)**II/La sottoscritto/a**

cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale	cittadinanza		sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.			n.civico-lettera-interno
<b>(per i soli cittadini non comunitari)</b>	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°		data di rilascio
	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al
			rinnovato il (o estremi raccomandata)

 **in qualità di titolare dell'impresa individuale**

partita IVA		sede nel comune di	
provincia o stato estero	C.A.P.	via, viale, piazza, ecc.	n.civico-lettera-interno
iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto)	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA




 **in qualità di**

- legale rappresentante**  
 **procuratore**  
 **altro**

**del titolare diverso da persona fisica** (società, ente, associazione ecc.)

denominazione / ragione sociale			
codice fiscale		partita IVA	
sede nel comune di	provincia o stato estero	C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.			n. civico-lettera-interno
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

**RECAPITI per segnalazioni:**

 Telefono	 Cellulare	@ E-mail	 Fax
--	---	----------	---

**ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della l. 241/1990 e dell'articolo 3, comma 6, della legge 287/1991, con riferimento all'esercizio/attività di somministrazione di alimenti e bevande descritta nella sezione A:**

Inoltra segnalazione certificata di inizio attività (S.c.i.a.) per:		
<input type="checkbox"/>	Sezione <b>B1</b>	apertura di nuovo esercizio/attività di somministrazione
<input type="checkbox"/>	Sezione <b>B2</b>	trasferimento di sede
<input type="checkbox"/>	Sezione <b>B3</b>	apertura per subingresso
Comunica:		
<input type="checkbox"/>	Sezione <b>C</b>	modifica della superficie di somministrazione
<input type="checkbox"/>	Sezione <b>D</b>	cessazione definitiva attività ( <i>NON dovuta per subingresso</i> )
<input type="checkbox"/>	Sezione <b>E</b>	altre comunicazioni
<input type="checkbox"/>	Sezione <b>G</b>	altro

**a tal fine, dichiara  
quanto contenuto nelle sezioni compilate:**

A – CARATTERISTICHE DELL'ESERCIZIO/ATTIVITA' DI SOMMINISTRAZIONE (compilare sempre)						
<b>INSEGNA</b> (eventuale):						
<b>Ubicazione dell'esercizio/attività:</b>						
via, viale, piazza, ecc.						n.civico-lettera-interno
se inserito in un centro o polo commerciale, specificare denominazione ed estremi autorizzazione						
dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	particella	subalterno
titolo di detenzione dei locali	(barrare una o più caselle)	<input type="checkbox"/> Proprietà	<input type="checkbox"/> Locazione	<input type="checkbox"/> Comodato	<input type="checkbox"/> Usufrutto	<input type="checkbox"/> Altro titolo
<b>Tipo di esercizio o attività<sup>1</sup></b>	a) <input type="checkbox"/> al domicilio (catering)		c) <input type="checkbox"/> in aree di servizio di autostrade o all'interno di stazioni		d) <input type="checkbox"/> annessa ad attività prevalente di trattenimento e svago/ ricettiva	
	e) <input type="checkbox"/> in mense aziendali e circoli cooperativi ed enti con finalità assistenziali riconosciute dal Min. Interno		f) <input type="checkbox"/> in via diretta a favore di dipendenti di amministrazioni, enti o imprese pubbliche		g) <input type="checkbox"/> in scuole, ospedali, comunità religiose, stabilimenti militari (Polizia e VVFF)	
<b>Attività principale</b> cui accede l'attività di somministrazione segnalata (esclusa l'ipotesi a)	Denominazione					
	Indirizzo					
	Titolare					
	Autorizz/Dia/Scia					
<b>Superficie di somministrazione</b> (non costituisce superficie di somministrazione quella destinata a magazzini, depositi, locali di lavorazione, uffici, servizi o collocata all'esterno) <b>Mq</b> _____ (escluse le ipotesi a) ed h)						
<input type="checkbox"/> a carattere permanente <input type="checkbox"/> a carattere stagionale dal         al         <input type="checkbox"/> a carattere temporaneo						

<sup>1</sup> Per le facoltà di somministrazione nelle strutture ricettive vedi l.r. 18/2006 e d.lgs. 23 maggio 2011, n. 79

RAPPRESENTANTE DI GESTIONE <sup>2</sup>				
cognome		nome		
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita		data di nascita
codice fiscale		cittadinanza		sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza		C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.				n.civico-lettera-interno
(per i soli cittadini non comunitari)	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°			data di rilascio
	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)

### B - APERTURA DELL'ESERCIZIO:

ai sensi degli articoli 64 d.lgs. 59/2010 l'apertura di esercizio/attività di somministrazione di cui all'articolo 3 comma 6 della legge 287/91 è soggetta a Segnalazione certificata di inizio attività (S.c.i.a.) e può essere effettuata dalla data del suo ricevimento da parte del Comune

<input type="checkbox"/> <b>B1 – S.c.i.a di Apertura di nuovo esercizio/attività di somministrazione</b>		
<input type="checkbox"/> <b>B2 – S.c.i.a di Apertura per trasferimento di sede<sup>3</sup></b>		
<b>Precedente ubicazione dell'esercizio/attività di somministrazione</b>		
via, viale, piazza, ecc.		n.civico-lettera-interno
se inserito in un centro o polo commerciale, specificare denominazione ed estremi autorizzazione		
Precedente titolo abilitativo	In data	Precedente superficie di somministrazione
<input type="checkbox"/> autorizzazione <input type="checkbox"/> comunicazione <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> S.C.I.A		

<input type="checkbox"/> <b>B3 – S.c.i.a. di Apertura per subingresso</b>		
<b>Precedente titolare:</b>		
Cognome o denominazione o ragione sociale		nome
codice fiscale		
<b>Subingresso a seguito di:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cessione di azienda/ramo d'azienda</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Affitto d'azienda/ramo d'azienda</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Reintestazione al termine di affitto d'azienda (compresa risoluzione anticipata)</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Successione per causa di morte</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Altro titolo</b> (donazione, fusione, scissione, conferimento in società, fallimento, altre cause) <b>specificare:</b>
<b>Il subingresso è avvenuto:</b>		
<input type="checkbox"/> senza alcuna modifica dei locali <sup>4</sup>		<input type="checkbox"/> con modifica dei locali
<b>Estremi dell'atto di trasferimento TRA VIVI O PER CAUSA DI MORTE: (ALLEGARE atto o certificazione notarile)</b>		
Notaio	Sede	Repertorio      Data
<b>Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio al quale si subentra:</b>		
Autorizzazione	Comunicazione	S.C.I.A. / DIA      N.      Data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>2</sup> Qualora il soggetto sia titolare di più di una attività di somministrazione, per ciascuna di quelle non gestite personalmente deve essere nominato un rappresentante di gestione ai sensi dell'art. 8 del T.U.L.P.S.

<sup>3</sup> Nel caso di trasferimento con modifica di superfici NON occorre compilare anche la sezione C

<sup>4</sup> Nel caso di subingresso senza modifica dei locali non occorre allegare documentazione ad essi relativa

**C** S.c.i.a per **Variazione di superficie di somministrazione** (esclusi magazzini, depositi, locali di lavorazione, uffici e servizi)

Precedente superficie di somministrazione mq.

Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio:

Autorizzazione	Comunicazione	S.C.I.A. / DIA	N.	Data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**D** Comunicazione di **Cessazione dell'attività**

L'esercizio/attività di somministrazione indicata nella sezione A cessa definitivamente a far data dal :

Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio/attività che cessa:

Autorizzazione	Comunicazione	S.C.I.A. / DIA	N.	Data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**E** **Altre comunicazioni** (concernenti l'esercizio indicato nella sezione DATI DELL'ESERCIZIO)

Relativamente all'esercizio indicato nella sezione A, si comunica:

<input type="checkbox"/> <b>E1-modifica del legale rappresentante</b>	La rappresentanza legale, già facente capo al Sig. _____ a far data dal ____/____/____ è stata assunta dall'attuale rappresentante legale, come sopra generalizzato nel quadro iniziale, come da <b>DOCUMENTAZIONE ALLEGATA</b>
<input type="checkbox"/> <b>E2-modifica del rappresentante di gestione</b>	La rappresentanza nella gestione dell'esercizio/attività indicata al quadro A, già facente capo al Sig. _____ a far data dal ____/____/____ è stata assunta dall'attuale rappresentante di gestione indicato nel quadro medesimo, in possesso di requisiti soggettivi, che ha compilato l'allegato B
<input type="checkbox"/> <b>E3-modifica di sede legale</b>	La sede legale che precedentemente era: _____ è stata modificata in seguito a deliberazione _____ in data _____ secondo quanto indicato nel quadro iniziale, come da <b>DOCUMENTAZIONE ALLEGATA</b> La precedente denominazione/ragione sociale: _____
<input type="checkbox"/> <b>E4-modifica di denominazione o ragione sociale</b>	in seguito a deliberazione _____ in data _____ è stata modificata in quella indicata nel quadro iniziale, come da <b>DOCUMENTAZIONE ALLEGATA</b>
<input type="checkbox"/> <b>E5-modifica del soggetto qualificato per la somministrazione</b>	A far data dal ____/____/20__ qualificato alla somministrazione per conto della società, in sostituzione del sig. _____ sarà il sig. _____ che ha compilato l'allegato B

**E6-esercizio provvisorio dell'attività per causa di morte in attesa di formalizzazione del subingresso**

Cognome del defunto: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data del decesso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di decesso \_\_\_\_\_

Estremi del titolo abilitativo dell'esercizio/attività di somministrazione oggetto di esercizio provvisorio dell'attività

Autorizzazione	Comunicazione	S.C.I.A. / DIA	N.	Data
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Il sottoscritto, come generalizzato nel QUADRO INIZIALE, dichiara di assumere l'esercizio provvisorio dell'attività per causa di morte e che appartengono alla comunione ereditaria gli ulteriori seguenti soggetti

Cognome	Nome	Residenza	Codice fiscale

F- altro

**ALLEGARE** eventuali richieste e comunicazioni non riconducibili alle ipotesi contemplate dal presente modello

## QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE - Dichiarazioni di responsabilità obbligatorie

(le seguenti dichiarazioni non si intendono rese in caso di cessazione, riduzione della superficie di somministrazione)

**II/La sottoscritto/a dichiara** ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. 489 Codice Penale:

### II/La sottoscritto/a dichiara

- 1  di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D. Lgs. 59/2010. Non possono esercitare l'attività di somministrazione:
- a) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;
  - b) coloro che hanno riportato una condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo, per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concreto, una pena superiore al minimo edittale;
  - c) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, Titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;
  - d) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e la sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;
  - e) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione e nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali;
  - f) coloro che sono sottoposti a una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27 dicembre 1956, n. 1423, o nei cui confronti sia stata applicata una delle misure previste dalla legge 31 maggio 1965, n. 575, ovvero a misure di sicurezza non detentive.
- 2  che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31/5/1965, n. 575 e successive modifiche (antimafia)
- 3  di aver rispettato – relativamente al locale dell'esercizio:
- i regolamenti locali di polizia urbana
  - i regolamenti locali di polizia annonaria e igienico-sanitaria
  - Il requisito di conformità urbanistica, trattandosi di area classificata dal vigente strumento urbanistico generale come \_\_\_\_\_ e, pertanto, idonea al tipo di insediamento commerciale in oggetto
  - le norme edilizie e di destinazione d'uso, come da:
    - 1  certificazione di agibilità in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
    - 2  dichiarazione sostitutiva di agibilità in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
    - 3  asseverazione di agibilità a firma di tecnico abilitato, **che si allega** (in assenza dei documenti 1 e 2)
- 4  che i locali utilizzati sono conformi ai criteri di sorvegliabilità, prescritti ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 della L. 25/8/1991 n. 287 ed individuati dal D.M. 17/12/1992, n. 564 e dal D.M. 05-08-1994, n. 534;
- 5  relativamente agli adempimenti igienico-sanitari:
- di presentare contestualmente Notifica/comunicazione sanitaria ai sensi dell'art. 6 Reg.to CE n. 852/2004
- oppure  di aver presentato Notifica/comunicazione sanitaria ai sensi dell'art. 6 Reg.to CE n. 852/2004 (indicare estremi presentazione)

**Rispetto della programmazione comunale** (barrare la casella SOLO nel caso di attività di somministrazione annesse a trattenimento e svago e se il Comune ha provveduto alla programmazione – consultare il sito) – Punto 6.2 dei criteri regionali Deliberazione della Giunta regionale 26 luglio 2011, n. 847.

- 1  Di aver **preso visione** della vigente programmazione comunale degli esercizi di somministrazione annessi a **trattenimento e svago** e di avere integralmente **rispettato** quanto in essa stabilito

### Informativa sul trattamento dei dati personali (privacy)

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), dichiara di essere stato informato che:

- Il trattamento dei dati personali forniti nella presente segnalazione/comunicazione è finalizzato unicamente all'attività istruttoria di verifica e controllo pertinente alla segnalazione/comunicazione stessa ed avverrà presso il Comune di \_\_\_\_\_, titolare del trattamento, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità;
- I dati potranno essere comunicati agli incaricati del trattamento presso il SUAP il cui responsabile ne potrà venire a conoscenza;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio per il controllo e la verifica della segnalazione/comunicazione e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di iniziare l'attività o dare corso alla variazione comunicata;
- Ai sensi dell'articolo 7 del d.lgs. 196/2003, l'interessato ha diritto di accedere ai propri dati personali, chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo la richiesta a questo SUAP
- L'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento è consultabile sul sito del SUAP comunale

**SOTTOSCRIZIONE**

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.

Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante

**ALLEGATI**

- (obbligatorio) Copia di un **documento di identità** in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono
- Permesso/carta di soggiorno per cittadini non comunitari
- (obbligatorio eccetto che per riduzione superficie e cessazione) Attestazione pagamento **Diritti Suap, se dovuti (vedi sito)**
- Notifica/comunicazione** ai sensi CE 852/04, se già presentata
- (obbligatorio per nuove attività o modifica di locali) Asseverazione di agibilità, a firma di tecnico abilitato, in assenza di certificato di agibilità o dichiarazione sostitutiva di agibilità
- Asseverazione del rispetto delle norme in materia di impatto acustico, ove necessaria ai sensi di legge
- Planimetria dei locali con specificazione della superficie di somministrazione e di quella adibita ad altri usi (facoltativo)
- Atto di trasferimento/cessione o certificazione notarile, nel caso di **subingresso**
- (obbligatorio, in caso di titolare non persona fisica) **Allegato A - Dichiarazioni dei soci ed amministratori**
- Allegato B - Dichiarazione persona in possesso requisiti professionali**
- Copia dell'atto comprovante il possesso del requisito professionale dichiarato** (attestato del corso, titolo di studio, certificazione INPS ecc.)
- Atti e/o deliberazioni comprovanti quanto dichiarato nei quadri E1, E3, E4, E5
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio circa la composizione dell'asse ereditario (qualora si è compilato il quadro E6)
- Altre eventuali comunicazioni ecc. non riconducibili al modello (qualora si è compilato il quadro F)

**Allegato A**

**dichiarazioni di altre persone (amministratori, soci, ecc.) indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998**

(solo per le società quando è stato compilato il quadro autocertificazione)

**Il/La sottoscritto/a**

cognome				nome			
luogo di nascita				provincia o stato estero di nascita		data di nascita	
codice fiscale				cittadinanza		sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
comune di residenza				provincia o stato estero di residenza		C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.				numero civico		telefono	
<b>(per i soli cittadini non comunitari)</b>	cittadinanza		permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°		data di rilascio		
	rilasciato da		motivo del soggiorno		valido fino al		
						rinnovato il (o estremi raccomandata)	

**DICHIARA**

Ai sensi del d.p.r. 445/2000:

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D. Lgs. 59/2010. Non possono esercitare l'attività di vendita e di somministrazione:

- a) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;
- b) coloro che hanno riportato una condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo, per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concreto, una pena superiore al minimo edittale;
- c) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, Titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;
- d) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e la sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;
- e) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione e nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali;
- f) coloro che sono sottoposti a una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27 dicembre 1956, n. 1423, o nei cui confronti sia stata applicata una delle misure previste dalla legge 31 maggio 1965, n. 575, ovvero a misure di sicurezza non detentive.

che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31/5/1965, n. 575 e s. m. (antimafia)

*Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico n. 445/2000.*

**ALLEGA copia di valido documento d'identità.**

**Firma del Socio Amministratore**



## Allegato B

### dichiarazione della persona in possesso dei requisiti professionali

*In caso di società, associazioni o organismi collettivi, il possesso dei requisiti è richiesto con riferimento al legale rappresentante o ad altra persona specificamente preposta **nonché, sempre, dal rappresentante di gestione nell'esercizio di somministrazione ai sensi dell'art. 8 del T.U.L.P.S.***

#### Il/La sottoscritto/a

cognome				nome			
luogo di nascita				provincia o stato estero di nascita		data di nascita	
codice fiscale				cittadinanza		sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
comune di residenza				provincia o stato estero di residenza		C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.				numero civico		telefono	
(per i soli cittadini non comunitari)	cittadinanza		permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°		data di rilascio		
	rilasciato da		motivo del soggiorno		valido fino al		
				rinnovato il (o estremi raccomandata)			

#### DICHIARA

Ai sensi del d.p.r. 445/2000:

- che è in possesso, come da **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**, di uno dei seguenti requisiti professionali (art. 71 comma 6 del D. Lgs. 59/2010 e note ministeriali esplicative) per:
- 1  aver frequentato con **esito positivo** un **corso professionale** per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle Regioni o dalle provincie autonome di Trento e di Bolzano:  
 denominazione dell'istituto \_\_\_\_\_  
 sede \_\_\_\_\_  
 oggetto \_\_\_\_\_ anno di conclusione \_\_\_\_\_

- 2  aver **prestato la propria opera, per almeno 2 anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente**, presso le seguenti **imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande**:

Nome

dell'impresa \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

n.iscrizione al Registro Imprese \_\_\_\_\_ presso la CCCIAA di \_\_\_\_\_ n. R.E.A.

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

quale **dipendente qualificato** addetto alla **vendita**, o all'**amministrazione** o alla **preparazione degli alimenti**, comprovata dall'iscrizione all'INPS

quale **socio lavoratore**, comprovata dall'iscrizione all'INPS

quale **coadiutore familiare**, se trattasi di coniuge o parente o affine entro il 3° grado dell'imprenditore, comprovata dall'iscrizione all'INPS

Nome

dell'impresa \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

n.iscrizione al Registro Imprese \_\_\_\_\_ presso la CCCIAA di \_\_\_\_\_ n. R.E.A.

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

quale **dipendente qualificato** addetto alla **vendita**, o all'**amministrazione** o alla **preparazione degli alimenti**, comprovata dall'iscrizione all'INPS

quale **socio lavoratore**, comprovata dall'iscrizione all'INPS

quale **coadiutore familiare**, se trattasi di coniuge o parente o affine entro il 3° grado dell'imprenditore, comprovata dall'iscrizione all'INPS

- 3  essere in possesso di un **Diploma di scuola secondaria superiore o di Laurea**, anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, purché nel corso di studi siano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti:

Titolo di studio \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso Istituto /Facoltà \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_

- 4  aver esercitato **in proprio per almeno 2 anni, anche se non continuativi, nel quinquennio precedente**, l'attività di vendita nel **settore alimentare** o nel **settore della somministrazione di alimenti e bevande**:

- 5   essere stato iscritto al **Registro Esercenti il Commercio (REC)** presso la Cciaa di \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_ per l'attività di commercio delle ex tabelle merceologiche oggi corrispondenti al settore alimentare o per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande, salvo cancellazione dal medesimo registro, volontaria o per perdita dei requisiti;

(oppure)

aver  superato l'**esame di idoneità**

(oppure)

frequentato con esito positivo il **corso per l'iscrizione** al Registro Esercenti il Commercio (REC), anche se non seguito dall'iscrizione al registro, presso la CCIAA di \_\_\_\_\_ denominazione dell'Istituto/Associazione di categoria \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ data di conclusione \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico n. 445/2000. **Allega copia di valido documento d'identità.**

**Firma della persona in possesso dei requisiti professionali**

