

REGIONE PUGLIA

Esercizi di Commercio al dettaglio di vicinato

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'

COMPILARE IN STAMPATELLO

Al Comune di ANDRIA

--	--	--	--	--	--

Ai sensi della L.R. 11/03 e Regolamento Regionale n. 3/2011, il sottoscritto

Cognome SECCIA Nome NIELA

C.F. S L L N E L 6 2 A 3 0 A 2 8 5 A

Data di nascita 30/01/62 Cittadinanza ITALIANA Sesso ☒ M ☐ F

Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA

Residenza Provincia BT Comune ANDRÀ

Via, Piazza, ecc. OPERATORE ASSISTENTE N. 20 C.A.P. 40123

in qualità di:

☐ titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
----------------------------------	---------------------------------

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____ Tel. _____

N.di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____ CCIAA di _____

☒ legale rappresentante della Società :

Cod. fiscale 05673110421

Partita IVA (se diversa da C.F.) denominazione o ragione sociale GELCITE S.p.A.

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. PIAZZA B. CROCE 51 N. 107/H C.A.P. 76123 Tel. 1

N.d'iscrizione al Registro Imprese 0567310421 CCIAA di BAKI

Trasmette SCIA relativa a

A APERTURA

A1 NUOVO ESERCIZIO

A2 CONCENTRAZIONE _____

B APERTURA PER SUBINGRESSO

C VARIAZIONI

C1 TRASFERIMENTO DI SEDE _____

C2 AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA _____

C3 VARIAZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO

D CESSAZIONE ATTIVITÀ' _____

dichiara quanto contenuto nella rispettiva sezione:

Copia del presente modello va contestualmente presentata al Registro Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio.

La segnalazione ha efficacia dalla data della presentazione all'amministrazione competente

SEZIONE B - APERTURA PER SUBINGRESSO *

INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO

Comune PIZZA

C.A.P. 46123

Via, Viale, Piazza CRISA

N. 391

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare e misto ☐

mq. ☐

Non alimentare beni persona ☐

mq. ☐

Non alimentare altri beni ☒

mq. 46

Non alimentare beni a basso impatto ☐

mq. ☐

Sup. vendita totale

mq. 46

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmacie ☐

Carburanti ☐

mq. 111

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

mq. 151

A CARATTERE

Permanente ☒

Stagionale ☐

dal / /

al / /

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE/AREA COMMERCIALE INTEGRATA/PARCO COMMERCIALE

SI ☐ NO ☒

se SI indicarne la denominazione: _____

Provvedimento n. _____ in data _____ rilasciato da _____

SUBENTRERÀ ALL'IMPRESA:

Denominazione MOD'A DI FRISARDI VIRENZA & C.S.A.S.

C.F. 05104971810712811111

A seguito di:

- compravendita ☒

- fallimento ☐

- affitto d'azienda ☐

- successione ☐

- donazione ☐

- altre cause ☐

- fusione ☐

Specificare nel caso venga barrata la voce "altre cause" _____

* Si rammenta che a norma dell'art. 2556 c.c. i contratti di trasferimento, di proprietà o gestione di un'azienda commerciale sono stipulati presso un notaio.

SEZIONE D - CESSAZIONE DI ATTIVITÀ

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune _____

C.A.P. [][][][][][]

Via, Viale, Piazza, ecc. _____

N. [][][]

CESSA DAL ____/____/____ PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa
- chiusura definitiva dell'esercizio

[][]
[][]

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA DELL'ESERCIZIO CESSATO

Alimentare e misto	[][]	mq. [][][][]
Non alimentare beni persona	[][]	mq. [][][][]
Non alimentare altri beni	[][]	mq. [][][][]
Non alimentare beni a basso i	[][]	mq. [][][][]
Sup. vendita totale mq.		[][][][]

Tabelle speciali

Generi di monopolio [][] Farmacie [][] Carburanti [][] mq. [][][][][]

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

mq. [][][][][]

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE

SI [][] NO [][]

se **SI** indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

**INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE
COMPILATA (ESCLUSA LA D), L'ATTIVITÀ ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE
FACENDO RIFERIMENTO AI PRODOTTI INCLUSI NELL'ALLEGATO C**

Attività prevalente:

COMPARTO AL DETAGLIO DI ABBIGLIAMENTO
VIETI

Attività secondaria:

a _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

☒

ALLEGATI:

A ☒

B [][]

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Michele Jellon

Data 05/10/2016

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

(Da compilare per chi sottoscrive le sezioni A,B,C, salvo in caso di riduzione di superficie di vendita o eliminazione di un settore)

1. ☒ di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010 (vedi nota 1)
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" (antimafia) (2);
3. ☒ di aver rispettato - relativamente al locale dell'esercizio:
 - ☒ i regolamenti locali di polizia urbana;
 - ☒ i regolamenti locali di polizia annonaria e igienico sanitaria;
 - ☒ i regolamenti edilizi;
 - ☒ le norme urbanistiche e quelle relative alla destinazione d'uso.
 (Eventuali annotazioni) _____
4. ☒ di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio vanno rispettate le relative norme speciali;

(DA COMPILARE SOLO PER IL COMMERCIO DEL SETTORE ALIMENTARE)

Solo per le imprese individuali

5. ☐ che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:
- 5.1 ☐ aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare
 - nome dell'Istituto sede
 - oggetto del corso anno di conclusione
- 5.2 ☐ di aver esercitato in proprio l'attività di vendita dei prodotti del settore alimentare
 - tipo di attività dal al
 - n. iscrizione Registro Imprese CCIAA di n. R.E.A.
- 5.3 ☐ di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti del settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande
 - nome impresa sede impresa
 - nome impresa sede impresa
 - quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal al
 - addetto all'amministrazione, regolarmente iscritto all'INPS, dal al
 - addetto alla vendita, regolarmente iscritto all'INPS, dal al
 - addetto alla preparazione degli alimenti, regolarmente iscritto all'INPS, dal al
 - socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS, dal al
 - quale coadiutore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal al
- 5.4 ☐ di essere in possesso del seguente 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: _____

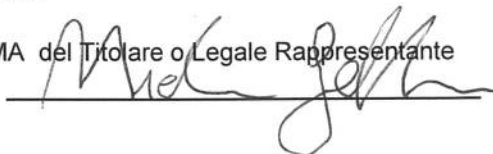
Solo per le società

6. ☐ Che i requisiti professionali sono posseduti dal Sig. _____ che ha compilato la dichiarazione di cui all'allegato B.

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 28/12/2000, n. 445


Data 05/10/2016

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante



DICHIARA:

- FIRMA

FIRMA 

DICHIARA:

- FIRMA

Data

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

DICHIARA:

- FIRMA

Data