



MOD. COM.1

## 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

SPIONE

Nome

MARIA LUCREZIA

C.F. SPINILIC18121412851E

Data di nascita 04/05/82 Cittadinanza ITALIANA

Sesso

M ☐ F ☒

Luogo di nascita: Stato

ITALIA

Provincia

BT

Comune

ANDRIA

Residenza:

Provincia

BT

Comune

ANDRIA

Via, Piazza, ecc. V.LE VIRGILIO

N. 76

C.A.P. 70123

in qualità di:

☒ titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto)

01719318531071271

con sede nel Comune di

ANDRIA

Provincia

BT

Via, Piazza, ecc.

MARCONI

N. 23

C.A.P. 70123

Tel.

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

CCIAA di

☐ legale rappresentante della Società :

Cod. fiscale

| | | | |

Partita IVA (se diversa da C.F.)

| | | | |

denominazione o ragione sociale

con sede nel Comune di

Provincia

Via, Piazza, ecc.

N.

C.A.P.

Tel.

N. di iscrizione al Registro Imprese

CCIAA di

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 A - APERTURA DI ESERCIZIO

INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO

Comune ANDRIA

C.A.P. 76122

Via, Viale, Piazza, ecc. MARCONI

N. 23

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare e misto

Non alimentare beni persona

Non alimentare altri beni

Non alimentare beni a basso impatto

☐
☒
☐
☐

mq.   

mq. 40

mq.   

mq.   

mq. 40

Sup. vendita totale

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmaci ☐

Carburanti ☐ mq.   

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

mq. 40

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   

SPECIFICARE SE:

☒

A1 - NUOVO ESERCIZIO

☐

A2 - CONCENTRAZIONE di N.    esercizi di seguito indicati:

Titolare    C. F.   

Indirizzo    Protocollo n.    in data     
mq.   

Titolare    C. F.   

Indirizzo    Protocollo n.    in data     
mq.   

Titolare    C. F.   

Indirizzo    Protocollo n.    in data     
mq.

**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 04/10/2016

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

*R. Manghieri*

INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95,  
L'ATTIVITÀ ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE  
FACENDO RIFERIMENTO AI PRODOTTI INCLUSI NELL'ALLEGATO C

Attività prevalente:

COMMERCIO AL DETTAGLIO DI BENI ALLA PERSONA (CREME PERIL  
CORPO)

Attività secondaria:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

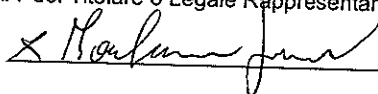
QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☐

ALLEGATI: A ☒

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 04/10/2016



#### ELENCO ALLEGATI:

##### SETTORE ALIMENTARE:

POSSESSO REQUISITO PROFESSIONALE - COPIA CERT. DI DESTINAZIONE D'USO DEL LOCALE ED AGIBILITÀ  
COPIA DIA SANITARIA PROTOCOLLATA  
COPIA DIA VETERINARIA PROTOCOLLATA  
COPIA DOC. D'IDENTITÀ SE DITTA INDIVIDUALE  
NEL CASO DI SOCIETÀ: SAS (SOCI ACCOMANDATARI) - SNC (TUTTI I SOCI) - SPA-SRL-COOP(LEG. RAPP.)  
NEL CASO DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI, QUESTI DEBBONO ALLEGARE  
COPIA DI VALIDO PERMESSO DI SOGGIORNO.

##### SETTORE NON ALIMENTARE:

COPIA CERT. DI DESTINAZIONE DEL LOCALE  
COPIA DOC. D'IDENTITÀ SE DITTA INDIVIDUALE  
NEL CASO DI SOCIETÀ: SAS (SOCI ACCOMANDATARI) - SNC (TUTTI I SOCI) - SPA-SRL-COOP(LEG. RAPP.)  
NEL CASO DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI, QUESTI DEBBONO ALLEGARE  
COPIA DI VALIDO PERMESSO DI SOGGIORNO.

SI INFORMA CHE PER IL SETTORE ALIMENTARE E PER LA VENDITA DI TABACCHI - FARMACI  
PROFUMI, ART. DI ERBORISTERIA, ART. IGIENE CASA E PERSONA  
OCCORRE FARE RICHIESTA DELLA LICENZA FISCALE PER LA VENDITA DI PRODOTTI ALCOLICI  
ALL'UFFICIO DELLE DOGANE A BARLETTA.

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' DI COMMERCIO AL DETTAGLIO

**Esercizi specializzati a prevalenza alimentare**

Frutta e verdura  
 Carne e prodotti a base di carne  
 Pesci, crostacei, molluschi  
 Pane, pasticceria, dolci  
 Bevande (vini, olii, birra ed altre)  
 Altri esercizi specializzati alimentari (drogherie, salumerie, pizzerie, caffè torrefatto...)

**Esercizi specializzati a prevalenza non alimentare**

Farmacie  
 Tabacco e altri generi di monopolio  
 Articoli medicali e ortopedici  
 Cosmetici e articoli di profumeria  
 Prodotti tessili e biancheria  
 Articoli di abbigliamento e accessori, pellicceria  
 Calzature e articoli in cuoio  
 Mobili, casalinghi e articoli di illuminazione  
 Elettrodomestici, radio - televisori, dischi, strumenti musicali  
 Ferramenta, vernici, giardinaggio, art. igienico sanitari e da costruzione  
 Libri, giornali, cartoleria  
 Altri esercizi specializzati non alimentari (macchine e attrezzature per ufficio, materiale per ottica, fotografia, orologi, articoli gioielleria, giocattoli, articoli sportivi per il tempo libero, articoli da regalo, oggetti d'arte, combustibile uso domestico, natanti....)  
 Articoli di seconda mano (libri usati, mobili usati, indumenti usati, ecc.)  
 Distributori di carburante

**SETTORI MERCEOLOGICI**

**SETTORE ALIMENTARE E MISTO**

**B) SETTORE NON ALIMENTARE BENI PER LA PERSONA :**

Abbigliamento, calzature, art. in pelle  
 Cosmetici, profumi, art. di erboristeria.

**C) SETTORE NON ALIMENTARE ALTRI BENI A BASSO IMPATTO URBANISTICO:**

Autovetture, autoveicoli, ricambi, accessori vetture e veicoli  
 ferramenta, vernici, vetro  
 materiale elettrico e termo idraulico  
 materiale da costruzione, art. igienico sanitari, pavimenti, ceramiche  
 macchine, attrezzature e prodotti per l'agricoltura  
 macchine ed attrezzature per il giardinaggio  
 commercio di natanti ed accessori.

**d) SETTORE NON ALIMENTARE ALTRI BENI :**

Tutti i settori non alimentari non inclusi nelle precedenti lettere b) e c)



# Comune di Andria

Provincia di Bari

Settore Pianificazione del Territorio  
Servizio Edilizia Privata

## CERTIFICATO DI DESTINAZIONE D'USO

- Vista l'istanza *del Sig. Maffione Luigi* datata 28.01.2005 prot. n. 4044 tendente ad ottenere un certificato di destinazione d'uso;
- Sulla scorta degli atti esistenti presso questo ufficio;

### SI CERTIFICA

che, la destinazione d'uso dei *locali* a piano *terra*, ubicati in Andria in *Piazza Marconi, 24 ang. Viale Crispi, 55, Piazza Marconi, 23-22-20-19 e P.zza Marconi, 18 angolo via Vittoria, 96*, è "**NEGOZI**", giusta concessione edilizia n.72 del 16.12.1992, Attestato Agibilità del 24.09.2004 Prat. Edil. n. 320/90.

Si rilascia a richiesta *del Sig. Maffione Luigi* per uso per il quale la legge non prescrive il bollo.

Andria, lì **2 FEB. 2005**



IL CAPO SEZIONE TECNICA  
SERVIZIO CONCESSIONI EDILIZIE  
(*dr. ing. Giuseppe Lopetuso*)

AV 6908479

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
ANDRIA

CARTA D'IDENTITA'

N° AV 6908479

DI  
SPIONE MARIA LUCREZIA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

SPIONE

MARIALUCREZIA

04/05/1982

CONMI 027444700E CCAI 14741 CALI HTF 500004

SPIONE  
Cognome.....  
Nome.....  
04/05/1982  
nato il.....  
434 I A  
(atto n.....)  
a.....  
ANDRIA (BA)  
ITALIANA  
Cittadinanza.....  
ANDRIA  
Residenza.....  
VIALE VIRGILIO 76  
Via.....  
\*\*\*\*\*  
Stato civile.....  
BARTISTA  
Professione.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
1,60 m.

Statura..... 1,60 m.  
Capelli..... castani  
Occhi..... castani  
Segni particolari.....

	
<i>Rodolfo</i>	
Firma del	..... 30/10/2014
..... II .....	
Impronta del dito indice sinistro	IL SINDACO D'ORDINE DEL SINDACO
	<i>[Signature]</i> 

S  
 1900-10  
 DATA CENTER SERVICE  
 REPUBBLICA ITALIANA  
 TESSERA SANITARIA  
 SERVIZIO REGIONALE DEI SERVIZI  
 SPNMLC82E44A285E Sesso F  
 Codice Fiscale  
 Cognome SPIONE  
 Nome MARIA GIUSEPPA  
 Luogo di nascita ANDRIA  
 Provincia BA  
 Data di scadenza 33/02/2022  
 Data di nascita 04/05/1982  
 ONI sanitari regionali  
 1900-10