



MOD. COM 1

## REGIONE PUGLIA

Esercizi di Commercio al dettaglio di vicinato

## SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITÀ

N. 90115  
DIRITTI  
S.U.A.P.  
Comune di Andria € 50,00

COMPILARE IN STAMPATELLO

Al Comune di ANDRIA

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

Cognome D'AZZEO Nome FABIOC.F. D122FBA95IR12A662WData di nascita 12/10/95 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☒ FI  
Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune BARI  
Residenza Provincia BT Comune ANDRIA  
Via, Piazza, ecc. VIA ALESSANDRO SILEA N. 43 C.A.P. 76123

in qualità di:

☒ titolare dell'omonima impresa individualePartita I.V.A. (se già iscritto) 017R135U150121con sede nel Comune di ANDRIA Provincia (BT)Via, Piazza, ecc. VIALE ALDO AGGEN N. 23 C.A.P. 76123 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.d'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. | 7 | 6 | 1 | 2 | 3 |

Via, Viale, Piazza, ecc. VIALE AGO ADIGE

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**

**Sup. vendita totale**

mg.             mq. 45

mq. 1 1 1

mg.               

mq. | | |

### Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmaci ☐Carburanti 1mq.               

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

mg. 50

## A CARATTERE

### Permanente

**Stagionale**

~~XXXX~~

dal    /    /

al               

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

SI ☐ NO ☒

se **SI** indicarne la denominazione:

Provvimento 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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ mg. 

--	--	--

**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	<input type="checkbox"/>	mq. [ ][ ][ ]
Non alimentare beni persona	<input type="checkbox"/>	mq. [ ][ ][ ]
Non alimentare altri beni	<input type="checkbox"/>	mq. [ ][ ][ ]
Non alimentare beni a basso li	<input type="checkbox"/>	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:

COMMERCIO AL DETTAGLIO  
ABBIGLIAMENTO E ACCESSORI UOMO / DONNA

Attività secondaria:

a \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☐

ALLEGATI: A ☐

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data \_\_\_\_\_

*[Firma]*

**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 .....

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

*[Firma]*