



## 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 IEVA Nome NUNZIA

C.F. V I E N N Z 7 3 P S 1 A 2 8 S J

Data di nascita 11/09/13 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☐ F ☒

Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA

Residenza Provincia BT Comune ANDRIA  
Via, Piazza, ecc. PAISIELLO N. 52 C.A.P. 76123

in qualità di:

☐ titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto) | 0 | 7 | 9 | 4 | 1 | 5 | 0 | 0 | 7 | 2 | 5 | | | | |

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. PUCCINI N. 72 C.A.P. 76123 Tel. \_\_\_\_\_

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

**\_\_\_ legale rappresentante della Società :**

Cod. fiscale \_\_\_\_\_

[illegible]

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 B - APERTURA PER SUBINGRESSO \***

INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO

Comune ANDRIA

C.A.P. 76123

Via, Viale, Piazzale Puccini

N. 172

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare e misto	<input type="checkbox"/>	mq. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Non alimentare beni persona	<input type="checkbox"/>	mq. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Non alimentare altri beni	<input checked="" type="checkbox"/>	mq. <u>0</u> <u>5</u> <u>0</u>
Non alimentare beni a basso impatto	<input type="checkbox"/>	mq. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Sup. vendita totale</b>		mq. <u>0</u> <u>5</u> <u>0</u>

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio ☐ Farmacie ☐ Carburanti ☐ mq. ☐☐☐☐

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

mq. 0150

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 EAMPANUE FRANCESCO

C.F. 04400660612812854

A seguito di:

- compravendita	<input type="checkbox"/>	- fallimento	<input type="checkbox"/>
- affitto d'azienda	<input type="checkbox"/>	- successione	<input checked="" type="checkbox"/>
- donazione	<input type="checkbox"/>	- altre cause	<input type="checkbox"/>
- fusione	<input type="checkbox"/>		

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 prezzo |\_|

mq. |\_|\_|\_|

Sup. vendita totale mq. |\_|\_|\_|

### Tabelle speciali

Generi di monopolio |\_|

Farmacie |\_|

Carburanti |\_|

mq. |\_|\_|\_|\_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO

mq. |\_|\_|\_|\_|

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

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 A DETAGLIO DI PARTI E  
ACCESSORI DI AUTOVEICOLI

Attività secondaria:

a \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☒

ALLEGATI: A |\_|

B |\_|

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 05.10.2016

Maurizio Riva

# 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

