



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 CONFALONE Nome GIANFRANCO

C.F. CNFGFR82C20A2855

Data di nascita 20/03/1982 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☒ F ☐

Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA

Residenza: Provincia BT Comune ANDRIA

Via, Piazza, ecc. VIA CATULLO N. 148 C.A.P. 76123

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 | | | | | 06023230722 | | | | |

Partita IVA (se diversa da C.F.) | | | | |

denominazione o ragione sociale G.T.M. SRL

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. CORSO CAVOUR N. 95 C.A.P. 76123 Tel. | | | | |

N.d'iscrizione al Registro Imprese 457681 CCIAA di BARI

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 ATTIVITA'** ☐

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. 76123

Via, Viale, Piazza, ecc. CORSO CAVOUR

N. 81

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. 35

mq. ☐

mq. ☐

mq. 35

Sup. vendita totale

Tabelle speciali

Generi di monopolio

☐

Farmacie

☐

Carburanti

☐

mq. ☐

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

mq. 60

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.

SEZIONE B - APERTURA PER SUBINGRESSO *

INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO

Comune _____

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

Via, Viale, Piazzale. _____

N. [][][][]

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare e misto [] mq. [][][][]

Non alimentare beni persona [] mq. [][][][]

Non alimentare altri beni [] mq. [][][][]

Non alimentare beni a basso impatto [] 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. [][][][][]

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 _____

C.F. []

A seguito di:

- compravendita []

- affitto d'azienda []

- donazione []

- fusione []

- fallimento []

- successione []

- altre cause []

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.

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

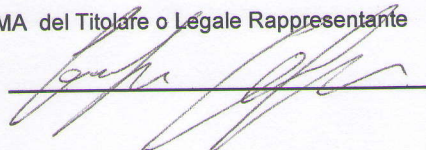
6. ☒ Che i requisiti professionali sono posseduti dal Sig. CONFALONE GIANFRANCO che ha compilato la dichiarazione di cui all'allegato B.

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

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 21-10-2016

K



DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R. 252/1998
(solo per le società quando è compilato il quadro autocertificazione)

Cognome CONFALONE Nome ALTONARE

C.F. CNFMRLR80M47A285F
 Data di nascita 07/08/1980 Cittadinanza ITALIANA Sesso: M ☐ F ☒
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA
 Residenza: Provincia BT Comune ANDRIA
 Via, Piazza, ecc. VIA TRANI N. 54 C.A.P. 76123

DICHIARA:

1. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010
2. Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).

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 21-10-2016

FIRMA

Altonare Confalone

Cognome CONFALONE Nome DARIO

C.F. CNFDIRA87C16A285L
 Data di nascita 16/03/1987 Cittadinanza ITALIANA Sesso: M ☒ F ☐
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA
 Residenza: Provincia BT Comune ANDRIA
 Via, Piazza, ecc. VIA TRANI N. 54 C.A.P. 76123

DICHIARA:

1. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010
2. Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).

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 21-10-2016

FIRMA

Dario Confalone

Cognome CONFALONE Nome MARIACRISTINA

C.F. CNFMCR90D51A285U
 Data di nascita 11/04/1990 Cittadinanza ITALIANA Sesso: M ☐ F ☒
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA
 Residenza: Provincia BT Comune ANDRIA
 Via, Piazza, ecc. VIA TRANI N. 54 C.A.P. 76123

DICHIARA:

1. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010
2. Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).

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 21-10-2016

FIRMA

Mariacristina Confalone

DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O PREPOSTO*(solo in caso di società esercente il settore alimentare quando è compilato il quadro autocertificazione)*

Cognome _____ Nome _____
 C.F. _____
 Data di nascita ____/____/____ Cittadinanza _____ Sesso: M ☐ F ☐
 Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____
 Residenza: Provincia _____ Comune _____
 Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

☐ LEGALE RAPPRESENTANTE della società _____
☐ DESIGNATO PREPOSTO dalla società _____ in data _____

DICHIARA:

1. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010
2. Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).
3. Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:
 - 3.1 ☐ aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare
 nome dell'Istituto _____ sede _____
 oggetto del corso _____ anno di conclusione _____
 - 3.2 ☐ 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. _____
 - 3.3 ☐ 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 _____
 - 3.4 ☐ 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:

FIRMA

Data

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

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:

VENDITA DETTAGLIO DI: CALZATURE-
ABBIGLIAMENTO- PELLETERIA- ACCESSORI

Attività secondaria:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE



ALLEGATI:

A

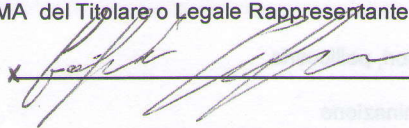


B



FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 21-10-2016



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 DEBBO NO ALLEGARE
COPIA DI VALIDO PERMESSO DI SOGGIORNO.

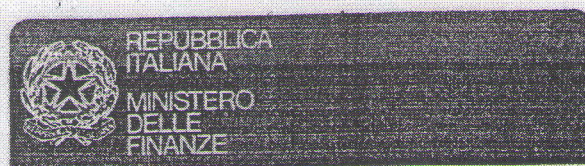
SETTORE NON ALIMENTARE:

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 DEBBO NO 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.

Cognome.....CONFALONE
 Nome.....GIANFRANCO
 nato il.....20/03/1982
 (atto n. 272p.....I s.....A.....)
 a.....ANDRIA (BA)
 Cittadinanza.....ITALIANA
 Residenza.....ANDRIA
 Via.....VIA TALAMONE 1
 Stato civile.....STATO LIBERO
 Professione.....IMPRENDITORE
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura.....1,80 m.
 Capelli.....castani
 Occhi.....castani
 Segni particolari.....=====


 Firma del titolare.....ANDRIA.....10/02/2011
 Impronta del dito indice sinistro.....
 IL SINDACO
 ORDINE DEL SINDACO
 Per incarico del Sindaco

CODICE FISCALE CNFGFR82C20A285S
 COGNOME CONFALONE
 NOME GIANFRANCO
 LUOGO DI NASCITA ANDRIA
 PROVINCIA BA
 DATA DI NASCITA 20/03/82
 SESSO M