



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 MATERA Nome SCARLOC.F. MT245291152252849Data di nascita 22/4/41 Cittadinanza ITALIANO Sesso M ☒ F ☐Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune MOLFETTAResidenza Provincia BT Comune ANDRIAVia, Piazza, ecc. S. ALTAMURA N. 38 C.A.P. 76123

in qualità di:

☒ titolare dell'omonima impresa individualePartita I.V.A. (se già iscritto) 07321210725con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BTVia, Piazza, ecc. MARALDO N. 3/B C.A.P. 76123 Tel. \_\_\_\_\_N.d. iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) 591266 CCIAA di BARI☐ 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

ST. PIRRO  
0883/588649

# SEZIONE A - APERTURA DI ESERCIZIO

INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO

Comune ANDRIA

C.A.P. 76123

Via, Viale, Piazza, ecc. MAURO

N. 3/B

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.   
mq.   
mq. 38  
mq. 38

Sup. vendita totale

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmaci ☐

Carburanti ☐

mq.

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

mq. 41

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 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 i	<input type="checkbox"/>	mq. [ ][ ][ ][ ]
<b>Sup. vendita totale</b>		<b>mq. [ ][ ][ ][ ]</b>

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 ESCLUSIVO ACCESSORI

Attività secondaria:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

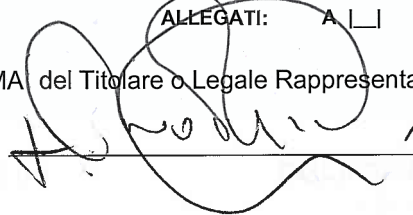
IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☒

ALLEGATI: A ☐

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante



Data \_\_\_\_\_

**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) ESAT. SOST. D'USO

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



Cognome..... **MATERA**.....  
 Nome..... **SERGIO**.....  
 nato il..... **22/04/1971**.....  
 (alto n. **358** p. **I** s. **A**.....)  
 a..... **MOLFETTA (BA)**.....  
 Cittadinanza..... **ITALIANA**.....  
 Residenza..... **ANDRIA**.....  
 Via..... **VIA S. ALTAMURA 99**.....  
 Stato civile..... **CONIUGATO**.....  
 Professione..... **AD.POM.BENZIN**.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... **1.70 m.**.....  
 Capelli..... **neri**.....  
 Occhi..... **neri**.....  
 Segni particolari..... **=====**.....



Firma del titolare..... **ANDRIA**..... **26/03/2015**  
 IL SINDACO  
 D'ORDINE DEL SINDACO.....  
 Impronta del dito indice sinistro.....  
 Data..... **26/03/2015**  
 Firma..... **ANDRIA**

 **REPUBBLICA ITALIANA**  
**TESSERA SANITARIA** 

Codice Fiscale **MTRSRG71D22F284G** Data di scadenza **23/09/2016**

Cognome **MATERA**  Sesso **M**

Nome **SERGIO**

Luogo di nascita **MOLFETTA**

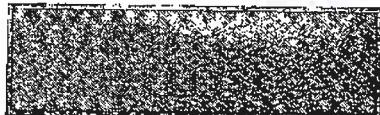
Provincia **BA** ☐ Dati sanitari regionali ☐

Data di nascita **22/04/1971** ☐



Scade il 22/04/2025  
DIRITTI RISCOSSI  
DIRITTI C.T.  
DIRITTI DI SEGR.

AV 8680138



FPZS 11A - OCIV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA





COMUNE DI  
ANDRIA

CARTA D'IDENTITA'

N° AV 8680138

DI  
MATERA SERGIO

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome  
MATERA

5 Data di nascita  
SERGIO 22/04/1971

1 Numero di identificazione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia  
MTRSRG71D22F284G SSN-MIN SALUTE - 500001

6 Scadenza  
803800001600053087305 23/09/2016



CITTÀ  
DI ANDRIA

Provincia Barletta-Andria-Trani

Reg. n°

5/K

11 APR. 2013

Cert. D.D.

S.u.E.

Sportello unico Edilizia

## CERTIFICATO DI DESTINAZIONE D'USO

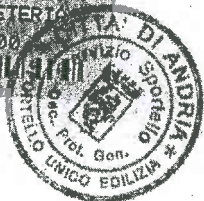
- Vista la domanda del Sig. **CONVERSANO Michele** datata 28/03/2013 prot. n° 27893 tendente ad ottenere un certificato di destinazione d'uso;
- Sulla scorta degli atti esistenti presso questo Ufficio Tecnico;

### SI CERTIFICA

che, la destinazione d'uso del locale a piano terra ubicato in Andria alla via Maraldo n° 3/B, censito nel N.C.E.U. del Comune di Andria al Fg. 32 p.lla 614 sub. 37 cat. C/1, è "**NEGOZIO**" giusta Concessione Edilizia n° 125 del 18/05/1978 P.E. n° 60/1973, e S.C.I.A. del 12/12/2012 prot. n° 104796, ultimazione lavori del 25/03/2013 prot. n° 26590.

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

Andria, li 11 APR. 2013



IL DIRIGENTE  
Sportello unico Edilizia  
(Dott. Ing. Felice PISCITELLI)