

 <p style="text-align: center;">CITTÀ DI ANDRIA</p>	<p style="text-align: center;"><i>Città di Andria</i> SETTORE SVILUPPO ECONOMICO Piazza Imbriani n. 11 - 76123 Tel. 0883 290687 Fax 0883 291492</p>	<p style="text-align: center;">Spazio riservato al protocollo</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

S.C.I.A. Subingresso/

PUBBLICI ESERCIZI DI SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE

**Segnalazione Certificata Inizio Attivita' (S.C.I.A.) per
SUBINGRESSO**

(art.64 D. Lgs. 26/03/2010 n. 59, art. 19 L. n. 241/90 e s.m.i.)

IA sottoscritt A (cognome e nome) VERARDI Anna
 Data di nascita: 12-11-1953 Cittadinanza: ITA Luogo di nascita: Stato ITALIA
 Provincia: BR Comune: BANDONI Residenza: Provincia BT Comune ANDRIA Indirizzo:
VIA SPECTORI n. 18 C.A.P. 76123
 Recapito telefonico (obbligatorio) _____ fax _____

in qualità di:

titolare dell'omonima impresa individuale

Cod. fiscale VRNRNNA531467B1810U

Partita I.V.A. (se già iscritto) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT in Via/piazza PAGSINI
 n. 18 C.A.P. 76123

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

legale rappresentante della Società

Cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA (se diversa dal Codice Fiscale) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Denominazione o ragione sociale _____ con sede nel Comune di _____
 Provincia _____ in Via/piazza _____ n. _____

C.A.P. | | | | |

N. d'iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

ai sensi dell'art. 19 della Legge 07/08/1990 n. 241 c s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

PRESENTA Segnalazione Certificata Inizio Attivita' (S.C.I.A.) relativa all'APERTURA PER SUBINGRESSO

Nel pubblico esercizio denominato CAFFE' MATISSE di VINCENZO BUTE
 ubicato ad Andria, in Via/Piazza PAGSINI n. 18

Zona commerciale di appartenenza PANFANIA relativo alla somministrazione di alimenti e bevande

di tipologia:

- "A" ex art. 5, comma 1, lett. a), L. 287/91: esercizi di ristorazione, per la somministrazione di pasti e di bevande, comprese quelle aventi un contenuto alcolico superiore al 21 per cento del volume, e di latte (ristoranti, trattorie, tavole calde, pizzerie, birrerie ed esercizi similari);

"B" ex art. 5, comma 1, lett. b), L. 287/91: esercizi per la somministrazione di bevande, comprese quelle alcoliche di qualsiasi gradazione, nonché di latte, di dolciumi, compresi i generi di pasticceria e gelateria, e di prodotti di gastronomia (bar, caffè, gelaterie, pasticcerie ed esercizi similari);

"D" ex art. 5, comma 1, lett. d), L. 287/91: esercizi di cui alla Tipologia "B", nei quali è esclusa la somministrazione di bevande alcoliche di qualsiasi gradazione.

codice ATECO 563000 di cui all'autorizzazione amministrativa n. 508 del

26-05-2008 ovvero alla

D.I.A. S.C.I.A. presentata il _____ prot. n. _____

in precedenza intestata all'impresa individuale alla società

denominata _____

Il subingresso avviene a seguito di:

- compravendita dell'azienda fusione donazione
 affittanza d'azienda fallimento successione
 altre cause (specificare) _____

Atto n. _____ del _____ a rogito del Notaio _____

del Collegio di _____, registrato a _____ il _____

Si rammenta che, a norma dell'art. 2556 c.c., i contratti di trasferimento, di proprietà o gestione di un'azienda commerciale devono essere stipulati presso un notaio.

A tal fine

DICHIARA

- che l'attività avrà inizio a far data dal 23/03/2016

- che il suddetto locale ha:

una superficie complessiva di mq. 106 (compresa la superficie adibita ad altri usi)
una superficie netta di mq. 74,00 (adibita ad attività di somministrazione)

- che i locali in argomento rispondono ai requisiti di sorvegliabilità di cui all'art. 64 del D. Lgs. N. 59/2010 (ai sensi dell'art. 3, comma 2, del Decreto del Ministero dell'Interno 17/12/1992, n. 564 e successive modifiche);

- di aver conferito incarico al tecnico abilitato ^{ASOM} ICVA FILIPPO iscritto al relativo Albo al numero 390, per rendere le dichiarazioni previste dall'art. 19 della L. n. 241/90, inerenti il rispetto dei requisiti urbanistici, edilizi e igienico sanitari, nonché della destinazione d'uso nel rispetto delle N.T.A. del P.R.G. vigente, ovvero asseverare i seguenti dati identificativi dell'immobile: destinazione catastale, estremi dell'agibilità, concessioni edilizie, indicazione di tutti i provvedimenti autorizzatori inerenti eventuali modifiche del locale sino allo stato attuale dello stesso, le condizioni di esercizio e/o le prescrizioni ai fini del rispetto delle norme di prevenzione e dei requisiti stabiliti dal D.M. n. 564/1992 e successive modifiche ed integrazioni, concernente i criteri di sorvegliabilità dei locali adibiti a pubblico esercizio di somministrazione. La relazione deve essere corredata dai necessari elaborati grafici e certificazioni;

- di aver presentato la notifica di impresa alimentare (DIA sanitaria) alla competente A.S.L. in data _____ la cui copia è stata depositata al Comune in data _____;

- di essere a conoscenza dell'obbligo:

- a) di dover ottenere le ulteriori certificazioni eventualmente prescritte da altre norme, ivi compreso il certificato di prevenzione incendi nei casi previsti dal D.M. 16/02/1982;

- b) di rispettare, durante lo svolgimento dell'attività in questione, le caratteristiche ed i requisiti stabiliti dal D.M. n. 564/1992 e successive modifiche ed integrazioni, concernente i criteri di sorvegliabilità dei locali adibiti a pubblico esercizio di somministrazione, compresi quelli indicati nella dichiarazione asseverata dal tecnico incaricato;
- c) di dover rispettare, durante lo svolgimento dell'attività in questione, le norme urbanistiche, edilizie, igienico- sanitarie e di sicurezza nei luoghi di lavoro;
- d) di dover rispettare gli orari di attività fissati dall'Amministrazione Comunale.

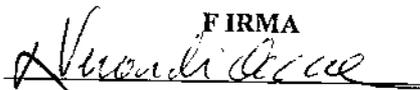
Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegati obbligatori:

- ✓ Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- Fotocopia del permesso di soggiorno (*solo per i cittadini extracomunitari*);
- ✓ Copia Atto Notarile;
- ✓ Allegato A – Dichiarazione del possesso dei requisiti morali (per la ditta individuale o per il legale rappresentante della Società);
- Allegato B – Dichiarazione del possesso dei requisiti morali (per soci della Società);
- ✓ Allegato C – Dichiarazione relativa al possesso dei requisiti professionali (per la ditta individuale o per il legale rappresentante della Società);
- Allegato D – Dichiarazione relativa al possesso dei requisiti professionali (solo in caso di società, in cui il delegato alla somministrazione è persona diversa dal legale rappresentante);
- Dichiarazione asseverata del tecnico delegato e relativi elaborati grafici;
- Copia della Notifica di impresa alimentare alla competente A.S.L..

Data --

FIRMA



DICHIARAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI MORALI

(per le ditte individuali o per il legale rappresentante della Società)

1A sottoscrittA (cognome e nome) VERARDI ANNA
 Data di nascita: 12-11-1958 Cittadinanza: ITA Luogo di nascita: Stato
 Provincia BT Comune BRUNDISI Residenza: Provincia BT Comune
 Indirizzo: VIA CAROTI n. 12
 C.A.P. 76100
 Cod. fiscale 11414010415316181010 in qualità di TITOLARE
 della Società CASSE MATISSE di ANNA VERARDI

valendosi della disposizione di cui all'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice penale,

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 59/2010, nonché dei requisiti previsti dagli artt. 11 e 92 del R.D. n. 773/1931 (TULPS);
- 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);
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	LUOGO NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA
VERARDI ANNA	12-11-58	BRUNDISI	MATRONE
VERARDI ANNA	27-01-58	BRUNDISI	MATRONE

Data _____

Firma Verardi Anna

(1) Non possono esercitare l'attività di somministrazione:

- a) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;
- b) coloro che hanno riportato una condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo, per il quale e' prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concreto, una pena superiore al minimo edittale;
- c) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, Titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;
- d) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e la sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;

DICHIARAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande

(per le ditte individuali o per il legale rappresentante della Società)

LA sottoscrittA (cognome e nome) VSCARDI ANNA
 Data di nascita: 21/10/1955 Cittadinanza: ITALIANA Luogo di nascita: Stato ITALIA
 Provincia BR Comune BRUNOISE Residenza: Provincia BT Comune AGOLTA
 Indirizzo: VIA CAPOTORTI n. 18 C.A.P. 74123 Cod. fiscale
MINNINHASIAGHIBLIDU in qualità di TITOLARE della Società
C.A.F.F.C. MATISSE di ANNA VSCARDI

valendosi della disposizione di cui all'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice penale,

DICHIARA

Per le imprese individuali e per il legale rappresentante di Società in possesso del requisito

- di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali per l'esercizio dell'attività di somministrazione (barrare e compilare almeno una delle sottoelencate voci):

di essere stato iscritto in data _____ al numero _____ del Registro degli esercenti il commercio per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande (l'iscrizione deve essere anteriore al 4.7.2006, data di entrata in vigore del D.L. 223/2006 convertito nella L. 248/2006);

ai sensi dell'art. 71 comma 6 lett. a) del D. Lgs. n. 59/2010: aver frequentato, con esito positivo, un corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione di alimenti (istituito o riconosciuto dalle regioni o dalle province autonome di Trento e di Bolzano). Tale titolo è stato

conseguito in data 15/11/2015 presso C.A.T.

sede di BALLETIA ubicata in V. LE MANICOMI n. 48

ai sensi dell'art. 71 comma 6 lett. b) del D. Lgs. n. 59/2010: aver prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso l'____ seguente imprese esercente l'attività nel settore alimentare o della somministrazione al pubblico di alimenti e bevande (indicare quali):

1) ditta _____

con sede a _____ in _____ n. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2) ditta _____

con sede a _____ in _____ n. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3) ditta _____

con sede a _____ in _____ n. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(barrare la casella corrispondente al caso di interesse)

a) in qualità di dipendente qualificato, addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione degli alimenti;

b) in qualità di socio lavoratore;

c) in qualità di **coadiutore familiare**, se trattasi di coniuge, parente o affine entro il terzo grado dell'imprenditore;

d) in qualità di **titolare** (*Circolare Ministero Sviluppo Economico Prot. n. 0053422 del 18 maggio 2010*);
comprovata dall'iscrizione all'INPS:

dal ____-____-____ al ____-____-____

dal ____-____-____ al ____-____-____

ai sensi dell'art. 71 comma 6 lett. c) del D. Lgs. n. 59/2010: essere in possesso di uno dei titoli di studio seguenti, purché nel corso di studi siano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione di alimenti:

Laurea in: medicina e veterinaria farmacia scienze dell'alimentazione biologia agraria
 chimica breve o specialistica attinente alla trasformazione dei prodotti alimentari o alla ristorazione altro _____

Diploma di: scuola alberghiera perito agrario maturità professionale per operatore turistico
 altro _____

Il suddetto titolo (*laurea, diploma*) è stato conseguito in data ____-____-____ presso

_____ sede di _____ ubicata in _____ n. _____

Per le Società, nel caso in cui il delegato alla somministrazione sia persona diversa dal legale rappresentante:

- che i requisiti professionali sono posseduti dal ___ Sig. _____

che ha compilato e sottoscritto sotto la propria responsabilità la dichiarazione di cui al successivo Allegato D e che verrà immediatamente iscritto al Registro Imprese presso la C.C.I.A.A. con tale qualifica.

Dichiara infine di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ____-____-____

FIRMA


ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE fotocopia completa di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante e copia del permesso di soggiorno per i cittadini stranieri extracomunitari;