



MOD. COM 1

REGIONE PUGLIA

Esercizi di Commercio al dettaglio di vicinato

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'

COMPILARE IN STAMPATELLO

Al Comune di

AARIN

| | | | |

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

Cognome NICOLAMARINO Nome GIUSEPPINA

C.F. N1CLGPP181L69A285X

Data di nascita 29/7/81 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☐ F ☒

Luogo di nascita: Stato I Provincia BT Comune AARIN

Residenza: Provincia BT Comune AARIN

Via, Piazza, ecc. FIRENZE N. 13/6 C.A.P. 76123

in qualità di:

☒ titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto) 07873070721

con sede nel Comune di AARIN Provincia BT

Via, Piazza, ecc. NAPOLI N. 16 C.A.P. 76123 Tel.

N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) 587514 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. di iscrizione al Registro Imprese CCIAA di

Trasmette SCIA relativa a

- A APERTURA ☒
- A1 NUOVO ESERCIZIO PRIMA E VERBA ☐
- 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 ARIBONA

C.A.P. 76123

Via, Viale, Piazza, ecc. NAPOLI

N. 16

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

mq.	33	67	
mq.			
mq.			
mq.			
mq.			

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmaci ☐

Carburanti | 11

mq. 1 1 1

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

mg. 47.19

A CARATTERE

Permanente

Stagionale

dal 1/1

al /

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

SI ☐ NO ☒

se **SI** indicarne la denominazione:

Provvimento n. _____ in data _____ rilasciato da _____

SPECIFIC CARE SE:

~~X~~ A1 - NUOVO ESERCIZIO

A2 - CONCENTRAZIONE di N. _____ esercizi di seguito indicati:

Titolare _____ C. F. | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo _____ Protocollo n. _____ in data _____
 _____ mg. | | | |

Titolare _____ C. F. | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo _____ Protocollo n. _____ in data _____
mg. [] [] [] []

Titolare _____ C. F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo _____ Protocollo n. _____ in data _____
 _____ mg.

--	--	--

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 CESLOT sede CORATO
 - 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

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data _____

Melano Giuseppe

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:

DETTAGLIO FRUTTA E VERDURA

Attività secondaria:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE



ALLEGATI:

A



B



FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Melmona Gruppo

Data _____

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 DEBBONO ALLEGARE
COPIA DI VALIDO PERMESSO DI SOGGIORNO.

0

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 DEBBONO 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.