



MOD. COM 1

REGIONE PUGLIA

Esercizi di Commercio al dettaglio di vicinato

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'

COMPILARE IN STAMPATELLO

Al Comune di AUGLIA

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

Cognome MANABEO Nome GIOVANNIC.F. MABGK4450B21F1839KData di nascita 27.02.50 Cittadinanza ITALIANA Sesso M X F
Luogo di nascita Stato ITALIA Provincia Comune
Residenza Provincia Comune
Via, Piazza, ecc. SPAZIO N. 8 CAP 80123

In qualità di:

☐ titolare dell'omonima impresa individualePartita IVA (se già iscritta) con sede nel Comune di Provincia Via, Piazza, ecc. N. C.A.P. Tel. N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritta) CCIAA di ☒ legale rappresentante della Società:Cod. fiscale Partita IVA (se diversa da C.F.) 015111218406318denominazione o ragione sociale SUHAIL SAS di MANABEO ES.con sede nel Comune di Provincia Via, Piazza, ecc. LEO D. MALIVIERA N. 33 CAP. 80127 Tel. 339 966110 081 7146241N. di iscrizione al Registro Imprese 6901/1981 CCIAA di 44 LOSOPP

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 ANZANI

C.A.P.

Via, Viale, Piazza, ecc. FIRENZE

N. 53A

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

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

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmaci ☐ Carburanti ☐ mq. ☐

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

A CARATTERE

Permanente ☐
Stagionale ☒

dal 07 DICEMBRE al 21 DICEMBRE 2016

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. ☐

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

(Da compilare per chi sottoscrive le sezioni A, B, C, salvo in caso di educazione di superficie di vendita e eliminazione di un settore)

1. ☒ di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lgs. 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 31.5.1985, n. 575 (antimafia) (2)
3. ☒ di aver rispettato - relativamente all'locale dell'esercizio:
- ☐ i regolamenti locali di polizia urbana,
 - ☐ i regolamenti locali di polizia antincendio e igienico sanitario,
 - ☐ 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 _____
quali dipendenti qualificati, regolarmente iscritti all'INPS, _____ dal _____ al _____
addetti all'amministrazione, regolarmente iscritti all'INPS _____ dal _____ al _____
addetti alla vendita, regolarmente iscritti all'INPS, _____ dal _____ al _____
addetti alla preparazione degli alimenti, regolarmente iscritti all'INPS, _____ dal _____ al _____
socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS, _____ dal _____ al _____
quali coadiutori familiari, regolarmente iscritti 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

15/11/16

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante



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

Attività secondaria

TABACCHI

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☐

ALLEGATI: A ☐

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 15/11/2016



ELENCO ALLEGATI:

SETTORE ALIMENTARE:

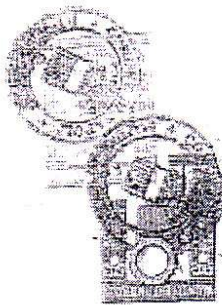
POSSESSO REQUISITO PROFESSIONALE - COPIA CERT. DI DESTINAZIONE D'USO DEL LOCALE ED AGIBILITÀ
COPIA DIA SANITARIA PROTOCOLLATA
COPIA DIA VETERINARIA PROTOCOLLATA
COPIA DOC. D'IDENTITÀ SE DITTA INDIVIDUALE
NEL CASO DI SOCIETÀ/ SAS (SOCCOMANDATARI) - SNC (TUTTI I SOCI) - SPA-SRL-COOP(LEG. RAPP.)
NEL CASO DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI, QUESTI DEBBO 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 (SOCCOMANDATARI) - SNC (TUTTI I SOCI) - SPA-SRL-COOP(LEG. RAPP.)
NEL CASO DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI, QUESTI DEBBO ALLEGARE
COPIA DI VALIDO PERMESSO DI SOGGIORNO

SI INFORMA CHE PER IL SETTORE ALIMENTARE E PER LA VENDITA DI TABACCHI - FARMACI
PROFUMI ART. DI FRIGORISTERIA ART. IGIENE CASA E PERSONA
OCCORRE FARE RICHIESTA DELLA LICENZA FISCALE PER LA VENDITA DI PRODOTTI ALCOOLICI
ALL'UFFICIO DELLE DOGANE A BARLETTA.



SCADENZA 10/05/2017

AS 8768812



ITALIA TAX OFFICINA CY - ROMA

Ad USO ESCLUSIVO COMUNE DI ANDRIA



Cognome	MARASCO
Nome	GIORGIO
nato il	23/02/1960
Vallo a
e	NAPOLINAI
Cittadinanza	ITALIANA
Residenza	NAPOLINAI
Via	VIA S. GIOVANNI
Stato civile	CONIUGATO
Professione	CONIUGATO ART. 26 DPR 30/05/92
CONIUGATI E CONTRASSEGNI SALIENTI	
Statura	1,70
Capelli	BIONDI
Occhi	AZZURRI
Segni particolari	NESSUNO

	
Firma del titolare	11/05/2017
NAPOLINAI	IL SINDACO
Impronta del dito indice sinistro	
	GIORGIO CHIAVERING Esattore municipale