

## GESTIONE DI REPARTO SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' (SCIA)

Al Comune di ANDRIA 75123

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome MATERA Nome RICCARDO C.F. MTRRCRT72F29A285K  
 Data di nascita 29/12/72 Cittadinanza ITALIANA Sesso: M ☒ F ☐  
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BAT Comune ANDRIA  
 Residenza: Provincia BAT Comune ANDRIA  
 Via, Piazza, ecc. VIA VOCIPIERI N. 46 C.A.P. 76123

in qualità di:

☐ titolare dell'omonima impresa individuale

Partita IVA (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 0632730729

Partita IVA (se diversa da C.F.) ☐

denominazione o ragione sociale SUPER MERCATO LA SPECCHIA SNC di Matera R. Sparacino

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BAT

Via, Piazza, ecc. VIA LA SPECCHIA ang. VIA S. AUTARCA ang. VIA TORRE N. 7193 C.A.P. 76123 Tel. \_\_\_\_\_

N. di iscrizione al Registro Imprese \_\_\_\_\_ CCIAA di BARI

☐ titolare di permesso di soggiorno/carta di soggiorno (solo per cittadini stranieri)

rilasciato da Questura di \_\_\_\_\_

con n. ☐ in data / / valido fino al / /

che si allega in fotocopia.

Titolare di:

esercizio di vicinato: autorizzazione n° 711 del 23/02/07 oppure comunicazione del / /

media struttura: autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del / / oppure comunicazione del / /

esercizio di somministrazione alimenti e bevande: autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del / / oppure comunicazione del / /

altro (specificare): \_\_\_\_\_ autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del / / oppure comunicazione del / /

Trasmette segnalazione certificata di inizio attività relativa a:

A AFFIDAMENTO IN GESTIONE DI REPARTO ☐

B VARIAZIONI ☐

B1 AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA ☐

C CESSAZIONE ATTIVITÀ REPARTO MACEVERA ☒

C O M P I L A R E I N S T A M P A T E L O

segnala quanto contenuto nella rispettiva sezione, ai sensi dell'art.19 della L. n. 241/1990 come modificato dal Decreto Legge 78/2010 convertito in Legge 122/2010



**SEZIONE B - VARIAZIONI DEL REPARTO**

**SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DEL REPARTO:**

• **VENDITA**

Alimentare ☐

mq.

Non alimentare ☐

mq.

• **SOMMINISTRAZIONE** di alimenti ☐ bevande ☐

mq.

• **ALTRO** (specificare)

mq.

**IL REPARTO AFFIDATO ALL'IMPRESA** denominata

Codice fiscale

Partita IVA (se diversa da C.F.)

**SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO**

mq.

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

**INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE**

SI ☐ NO ☐

se ☒ indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

Provvedimento n.  in data  rilasciato da

**SUBIRÀ LE VARIAZIONI DI CUI ALLA SEGUENTE SEZIONE:**

**SEZIONE B1 - AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA**

LA SUPERFICIE DELL'ESERCIZIO INDICATO ALLA SEZ. B SARA'

☐ **AMPLIATA A:**

☐ **RIDOTTA A:**

• **VENDITA:**

Alimentare ☐

mq.

Non alimentare ☐

mq.

• **SOMMINISTRAZIONE** di alimenti ☐ bevande ☐

mq.

• **ALTRO** (specificare)

mq.

**SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO**

mq.

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

**SEZIONE C - CESSAZIONE AFFIDAMENTO IN GESTIONE DI REPARTO**

**INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO**

Comune ANDRIA C.A.P. 710123  
 Via, Viale, Piazza, ecc. VIA LA SPEGLIA ang VIA S. ALTAMURA ang VIA TONA N. 1  
81013

**IL REPARTO AFFIDATO ALL'IMPRESA denominata**

STRIPPOLI SANE  
 Codice fiscale STKRSNT18121009A1283A  
 Partita IVA (se diversa da C.F.) 0719342009711

CESSERA' DAL 31/10/16

**SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DEL REPARTO:**

• **VENDITA**

Alimentare ☒

Non alimentare ☐

mq. 1129

mq. 1111

• **SOMMINISTRAZIONE** di alimenti ☐ bevande ☐

mq. 1111

• **ALTRO** (specificare) \_\_\_\_\_ ☐

mq. 1111

**SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO**

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

mq. 385

**INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE**

SI ☐ NO ☒

se ☒ indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

Provvedimento n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

**INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE COMPILATA (ESCLUSA LA C), L'ATTIVITÀ ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE FACENDO RIFERIMENTO AI PRODOTTI INCLUSI NELL'ALLEGATO C**

Attività prevalente: VENDETTA TRASFORMAZIONE e COMPOSIZIONE DI PASTI  
OVINE, OVINE, BOVINE, PREPARATI, FARMACI E OVINE  
 Attività secondaria: \_\_\_\_\_

## IL SOTTOSCRITTO

### DICHIARA

1. ☐ che sono stati compilati anche **QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE** ☒ **ALLEGATI: A** ☐ **B** ☐
2. ☒ (solo per il settore alimentare) di aver presentato notifica ai fini della **registrazione sanitaria** presso l'ASL (art. 6 reg. CE 852/2004) in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. ☒ di aver presentato **denuncia** ☐ **originaria** ☐ **variazione** ☐ **cessazione occupazione dei locali ai fini TARSU (tassa rifiuti solidi urbani)** in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. ☐ di essere a conoscenza che quanto segnalato può iniziare dalla data di ricezione della presente SCIA da parte del Comune che deve concludere il procedimento di controllo entro 60 giorni e che, entro detto termine, può adottare, in caso di accertata carenza dei requisiti e dei presupposti, divieto di prosecuzione dell'attività e rimozione degli eventuali effetti dannosi, fatta salva la possibilità di conformarsi alla normativa vigente

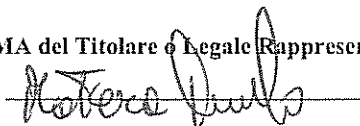
### ALLEGA

la seguente **documentazione**:

1. ☐ copia documento identità in corso di validità
2. ☐ copia del permesso o della carta di soggiorno (solo per cittadini extracomunitari)
3. ☐ copia della atto di affidamento in gestione di reparto
4. ☐ (se trattasi di cessazione) copia dell'atto di risoluzione del contratto di gestione del reparto
5. ☐ planimetria del locale in cui sia evidenziato il reparto affidato
6. ☐ \_\_\_\_\_

+

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante



Data \_\_\_\_\_

#### Informativa Codice in materia di protezione dei dati personali (privacy)

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, dichiara di essere stato informato che:

- i dati personali obbligatori acquisiti nell'ambito del presente procedimento saranno utilizzati esclusivamente per finalità istituzionali;
- le operazioni di trattamento saranno effettuate con mezzi informatici e comprenderanno trattamento interno ed esterno;
- i dati potranno essere comunicati alle autorità competenti, per esclusive ragioni istituzionali;
- ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di ottenere l'aggiornamento e di esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003

**QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE  
DEL GESTORE DEL REPARTO**

**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome STRIPPA Nome JANE C.F. STRSNIT82LMO9A285A  
 Data di nascita 09/08/82 Cittadinanza ITALIANA Sesso: M ☒ F ☐  
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BAT Comune ANDRIA  
 Residenza: Provincia BAT Comune ANDRIA  
 Via, Piazza, ecc. VIA CARULLO GOLGI N. 14 C.A.P. 76123

**in qualità di:**

☒ **titolare dell'omonima impresa individuale**  
 Partita IVA (se già iscritto) 0713342100721  
 con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BAT  
 Via, Piazza, ecc. VIA C. GOLGI N. 14 C.A.P. 76123 Tel. 0883/566442  
 N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) ST STRSNIT82LMO9A285A CCIAA di BAT

☐ **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

☐ **titolare di permesso di soggiorno/carta di soggiorno (solo per cittadini stranieri)**  
 rilasciato da Questura di   
 con n.  in data  /  /  valido fino al  /  /   
 che si allega in fotocopia.

**DICHIARA**

1. ☐ di accettare l'affidamento in gestione di reparto di cui alla presente comunicazione
2. ☐ di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71, del d.lgs. 26 marzo 2010, n. 59 (1)
3. ☐ 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)
4. ☐ di essere in possesso di uno dei requisiti professionali di seguito elencati
4. ☐ (solo per il settore alimentare) di aver presentato notifica ai fini della registrazione sanitaria presso l'ASL (art. 6 reg. CE 852/2004) in data  /  /
5. ☒ di aver presentato denuncia ☐ originaria ☐ variazione ☒ cessazione occupazione dei locali ai fini TARSU (tassa rifiuti solidi urbani) in data 31/10/2016

(1) Vedi integrazione in allegato l'art. 71 del d.lgs. n. 59/2010.

(2) In caso di società, tutte le persone di cui al D.P.R. 252/98, art. 2, compilano l'allegato A.

**(DA COMPILARE SOLO PER IL COMMERCIO DEL SETTORE ALIMENTARE)**

**Solo per le imprese individuali**

6. ☐ che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

6.1 ☐ essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (1)

6.2 ☐ aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti:

nome dell'Istituto \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_  
oggetto del corso \_\_\_\_\_ anno di conclusione \_\_\_\_\_

6.3 ☐ di aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari o di somministrazione di alimenti e bevande  
tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
n. iscrizione Registro Imprese \_\_\_\_\_ CCIAA di \_\_\_\_\_ n. R.E.A. \_\_\_\_\_

(2)  
6.4 ☐ di aver prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese esercenti l'attività nel 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 \_\_\_\_\_  
quale socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
quale coniuge, parente o affine, entro il terzo grado, dell'imprenditore coadiutore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

6.5 ☐ di essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di laurea, almeno triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, e che nel corso di studi erano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti; titolo di studio (3) \_\_\_\_\_

**Solo per le società**

7. ☐ Che i requisiti professionali sono posseduti dal Sig. \_\_\_\_\_  
che ha compilato la dichiarazione di cui all'allegato B.

(1) Il d.lgs. n. 59/2010 non contempla questa ipotesi tra quelle che costituiscono requisito professionale, ma il Ministero dello Sviluppo con risoluzione n. 53422 del 18/5/2010 ne ha sostenuto la validità ai fini dell'attività di vendita e di somministrazione.

(2) Il d.lgs. n. 59/2010 non contempla questa ipotesi tra quelle che costituiscono requisito professionale, ma il Ministero dello Sviluppo con risoluzione n. 61559 del 31/5/2010 ne ha sostenuto la validità ai fini dell'attività di vendita e di somministrazione.

(3) Tra i titoli di studio sono ammessi, a titolo esemplificativo:

- Diploma di scuola secondaria superiore di Perito Chimico (risoluzione Ministero Sviluppo Economico n. 167111 del 16.11.2010)
- Diploma di scuola secondaria superiore di Perito Agrario (risoluzione Ministero Sviluppo Economico n. 86656 del 08.07.2010)
- Diploma di scuola media superiore con indirizzo Attività Sociali- Specializzazione Dirigente di Comunità (risoluzione Min.Svil. Ec. 159528 del 8.11.2010)
- Laurea in Medicina e Chirurgia (risoluzione Ministero Sviluppo Economico n. 167119 del 16.11.2010)
- Laurea in Economia e Commercio con indirizzo Economia aziendale (risoluzione Min.Sviluppo Economico n. 166834 del 16.11.2010)
- Laurea triennale in Scienze Tecnologiche Viticole ed Enologiche (risoluzione Ministero Sviluppo Economico n. 155543 del 2.11.2010)

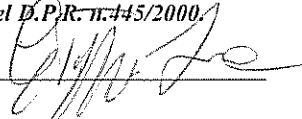
Tra i titoli di studio non sono ammessi, a titolo esemplificativo:

- Diploma di ragioniere (risoluzione Ministero Sviluppo Economico n. 162872 del 11.11.2010)
- Diploma di tecnico di servizi turistici (risoluzione Ministero Sviluppo Economico n. 162872 del 11.11.2010)

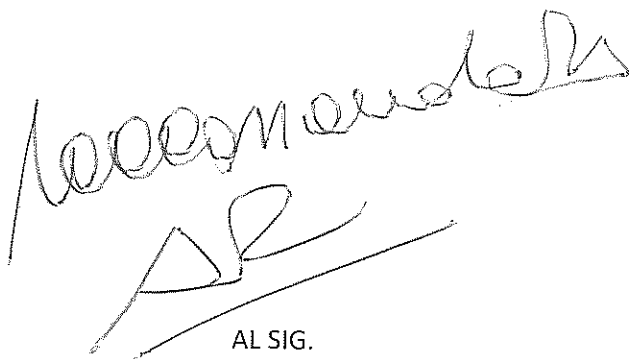
**Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 19/6 c. della legge n. 241/1990 nonché dal capo VI del D.P.R. n. 445/2000.**

Data 31/10/2016

FIRMA del Gestore di reparto



SUPERMERCATO LA SPECCHIA SNC  
VIA LA SPECCHIA, N.79  
76123 ANDRIA (BT)  
C.F./P.IVA 06327370729

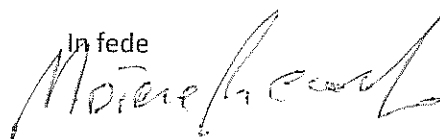


AL SIG.  
SANTE STRIPPOLI  
VIA GOLGI, N.14  
76123 ANDRIA (BT)

**OGGETTO: REVOCA GESTIONE REPARTO MACELLERIA**

Con la presente si richiama la scrittura privata " contratto di gestione di reparto" sottoscritta in data 13/09/2016 per confermare quanto ribadito e accordato con la S.V..  
In effetti l'accordo prevedeva che il reparto macelleria fosse lasciato libero a decorrere dal 31/10/2016 per le motivazioni delle quali entrambe le parti sono a conoscenza.  
Si resta fiduciosi di un benevolo accoglimento della presente.  
Cordialità

Andria, lì 31/10/2016

In fede  




Scade il 21/08/2018

DIRITTI RISCOSSI  
DIRITTI C.I. 5,16  
DIRITTI DI SEGR. 0,26

AO0287561

IP.Z.S. spa - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI  
ANDRIA

CARTA D'IDENTITÀ

N° AO0287561

DI  
STRIPPOLI SANTE

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

STRIPPOLI

SANTE

09/08/1982

STRSNT82M09A285A SSN-MIN SALUTE - 500001

80380001600094965782

08/04/2022

Cognome.....STRIPPOLI  
 Nome.....SANTE  
 nato il.....09/08/1982  
 (alto n. 808 p. I s. A)  
 a.....ANDRIA (BA)  
 Cittadinanza.....ITALIANA  
 Residenza.....ANDRIA  
 Via.....VIA MONTICELLI 3  
 Stato civile.....STATO LIBERO  
 Professione.....PIASTRELLISTA  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura.....1,74 m.  
 Capelli.....castano chiari  
 Occhi.....castani  
 Segni particolari.....=====

  
 Firma del titolare.....*S. Strippoli*  
 ANDRIA.....21/08/2008  
 Il SINDACO  
 D'ORDINE DEL S  
  
 Impronta del dito  
 indice sinistro

REPUBBLICA ITALIANA  
 TESSERA SANITARIA  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI  
 Codice Fiscale.....STRSNT82M09A285A Sesso.....M  
 Cognome.....STRIPPOLI  
 Nome.....SANTE  
 Luogo di nascita.....ANDRIA  
 Provincia.....BA  
 Data di scadenza.....08/04/2022  
 Data di nascita.....09/08/1982  
 Dati sanitari regionali