



MOD. COM 1

REGIONE PUGLIA  
Esercizi di Commercio al dettaglio di vicinato  
**SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'**



N. 94043  
DIRITTI  
S.U.A.P.

Comune di Andria € 50,00  
04043

COMPILARE IN STAMPATELLO

Al Comune di ANDRIA 76123

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

Cognome TESORO Nome VINCENZOC.F. TSRVCN69T27A285GData di nascita 27/12/0 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☒ F ☐Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIAResidenza: Provincia BT Comune ANDRIA  
Via, Piazza, ecc. VITTORIO ALFIERI N. 35 C.A.P. 76123

in qualità di:

☐ titolare dell'omonima impresa individualePartita I.V.A. (se già iscritto) 05600310725con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BTVia, Piazza, ecc. VITTORIO ALFIERI N. 37 ANG. VIA F. TARLO N. 35 C.A.P. 76123 Tel. N.d'iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) TSRVCN69T27A285G 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 18 GENNAIO 2017 ☒  
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 ANDRIA (BT)

C.A.P. | | | | |

Via, ~~Viale, Piazza~~ **PRINCIPE ALEGGIO N.21- 21/A**  
**ANGULO VIA L. BONOMO**

N. | | | |

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**

**| X |**

□

L

U

**Sup. vendita totale**

mg. | | 60 |

mg. 

--	--	--	--

mq.               mq.               

mq. | | |

### Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmaci ☐

Carburanti |

mg. | | | |

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

mg. | | | 85 |

## A CARATTERE

**Permanente**  
**Stagionale**

~~1~~

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

al     /     /

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

SI | | NO | |

se **SI** indicarne la denominazione:

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

**SPECIFICARE SE:**

☒ **X**

### 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 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: **PEC SEZ. ORDINARIA CCIAA BARI n. 62090**
- 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:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

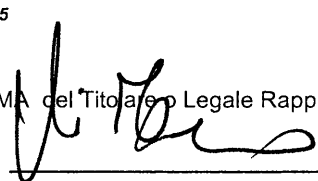
**Solo per le società**

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 **18 GENNAIO 2017**

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:

VENDITA AL DETTAGLIO DI ALIMENTI  
E BEVANDE

Attività secondaria:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☒

ALLEGATI: A ☐

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 18 GENNAIO 2017

**ELENCO ALLEGATI:**

**SETTORE ALIMENTARE:**

POSSESSO REQUISITO PROFESSIONALE - COPIA CERT. DI DESTINAZIONE D'USO DEL LOCALE ED AGIBILITA'  
COPIA DIA SANITARIA PROTOCOLLATA  
COPIA DIA VETERINARIA PROTOCOLLATA  
COPIA DOC. D'IDENTITA' SE DITTA INDIVIDUALE  
NEL CASO DI SOCIETA' : 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.

**SETTORE NON ALIMENTARE:**

COPIA CERT. DI DESTINAZIONE DEL LOCALE  
COPIA DOC. D'IDENTITA' SE DITTA INDIVIDUALE  
NEL CASO DI SOCIETA' : 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.

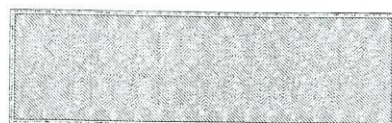
SI INFORMA CHE PER IL SETTORE ALIMENTARE E PER LA VENDITA DI TABACCHI - FARMACI  
PROFUMI, ART. DI ERBORISTERIA , ART. IGIENE CASA E PERSONA  
OCCORRE FARE RICHIESTA DELLA LICENZA FISCALE PER LA VENDITA DI PRODOTTI ALCOLICI  
ALL' UFFICIO DELLE DOGANE A BARLETTA.

Cognome.....TESORO  
 Nome.....VINCENZO  
 nato il.....27/12/1969  
 (atto n.....2120.....P.....A.....)  
 a.....ANDRIA (BA).....  
 Cittadinanza.....ITALIANA  
 Residenza.....ANDRIA  
 Via.....VIA V. ALFIERI 35  
 Stato civile.....STATO LIBERO  
 Professione.....COMMERCIANTE  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura.....1,77 m.  
 Capelli.....castani  
 Occhi.....castani  
 Segni particolari.....

  
 Firma del titolare.....*Vincenzo Tesoro*  
 ANDRIA.....18/02/2013  
 IL SINDACO  
 Impronta del dito  
 indice sinistro  
 D'ORDINE DEL SINDACO  
*Nicola Liso*

Scade il 27/12/2023  
 DIRITTI RISCOSSI  
 DIRITTI C.I. 10,33  
 DIRITTI DI SEGR. 0,26

AT 9612251



IPZS SPA - O.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA  
  
 COMUNE DI  
 ANDRIA  
 CARTA D'IDENTITA'  
 N° AT 9612251  
 DI  
 TESORO VINCENZO