



MOD. COM 1

## REGIONE PUGLIA

### Esercizi di Commercio al dettaglio di vicinato

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'**

COMPILARE IN STAMPATELLO

Al Comune di ANDRIA | | | | |

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

Cognome ADDATI Nome RICCARDO

C.F. | D | D | T | R | C | R | 7 | 2 | 5 | 1 | 0 | A | 2 | 8 | S | S |

Data di nascita 10/11/72 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☒ X ☐ F

Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA

Residenza: Provincia BT Comune ANDRIA  
Via, Piazza, ecc. VIA GARIBOLDI N. 144 C.A.P. 76173

**in qualità di:**

in qualità di: titolare dell'omonima impresa individuale ADDALI AUTOPRONTI DI ADDALI RICCARDO

Partita I.V.A. (se già iscritto) \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. VIA BARLETTA N. 88 C.A.P. 36123 Tel.

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

**[ ] legale rappresentante della Società :**

Cod. fiscale \_\_\_\_\_

[illegible]

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 \_\_\_\_\_ x

A1 NUOVO ESERCIZIO ☒

**A2 CONCENTRAZIONE**

**B APERTURA PER SUBINGRESSO** \_\_\_\_\_

<b>C</b>	<b>VARIAZIONI</b>	
----------	-------------------	--

C1 TRASFERIMENTO DI SEDE \_\_\_\_\_

C2 AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA \_\_\_\_\_ ☐

C3 VARIAZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO

**D CESSAZIONE ATTIVITÀ**

**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

C.A.P. 71611213

Via, Viale, Piazza, ecc. VIA BARLETTA

N. 188

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare e misto	<input type="checkbox"/>	mq. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Non alimentare beni persona	<input type="checkbox"/>	mq. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Non alimentare altri beni	<input checked="" type="checkbox"/>	mq. <u>270</u>
Non alimentare beni a basso impatto	<input type="checkbox"/>	mq. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sup. vendita totale		mq. <u>270</u>

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmaci ☐ Carburanti ☐ mq. ☐☐☐

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

mq. ☐☐☐☐

A CARATTERE

Permanente ☒ dal   /  /   al   /  /    
Stagionale ☐

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. ☐☐☐

**SEZIONE B - APERTURA PER SUBINGRESSO \***

**INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO**

Comune \_\_\_\_\_

C.A.P.

Via, Viale, Piazzale. \_\_\_\_\_

N.

**SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA**

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

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio  Farmacie  Carburanti  mq.

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

**A CARATTERE**      **Permanente**   
                                  **Stagionale**       dal  /  /       al  /  /

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

SI       NO

se SI indicarne la denominazione: \_\_\_\_\_

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

**SUBENTRERÀ ALL'IMPRESA:**

Denominazione \_\_\_\_\_

C.F.

**A seguito di:**

- compravendita	<input type="text"/>	- fallimento	<input type="text"/>
- affitto d'azienda	<input type="text"/>	- successione	<input type="text"/>
- donazione	<input type="text"/>	- altre cause	<input type="text"/>
- fusione	<input type="text"/>		

Specificare nel caso venga barrata la voce "altre cause" \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

## 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 ..... 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:  
 \_\_\_\_\_

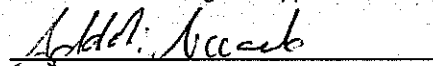
## Solo per le società

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

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 18/01/2017



**DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R. 252/1998**  
(solo per le società quando è compilato il quadro autocertificazione)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F.

Data di nascita / /  Cittadinanza  Sesso: M ☐ F ☐

Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune

Residenza: Provincia  Comune   
Via, Piazza, ecc.  N.  C.A.P.

**DICHIARA:**

1. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010
2. Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).

*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

Data .....

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M ☐ F ☐  
Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

1. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010
2. Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).

*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

Data .....

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. [ ]  
Data di nascita / / Cittadinanza Sesso: M F  
Luogo di nascita: Stato Provincia Comune  
Residenza: Provincia Comune  
Via, Piazza, ecc. N. C.A.P.

**DICHIARA:**

1. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010
2. Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).

*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

**Data .....**

**DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O PREPOSTO**  
(solo in caso di società esercente il settore alimentare quando è compilato il quadro autocertificazione)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

[illegible]

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: ☒ M ☐ F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

☐ LEGALE RAPPRESENTANTE della società \_\_\_\_\_

☐ DESIGNATO PREPOSTO dalla società \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

1. Di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 71 del D.Lvo n. 59/2010
2. Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).
3. Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:
  - 3.1 ☐ aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare  
nome dell'Istituto ..... sede .....  
oggetto del corso ..... anno di conclusione .....
  - 3.2 ☐ 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. ....
  - 3.3 ☐ 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 .....  
addetto all'amministrazione, regolarmente iscritto all'INPS, ..... dal .....  
addetto alla vendita, regolarmente iscritto all'INPS, ..... dal .....  
addetto alla preparazione degli alimenti, regolarmente iscritto all'INPS, ..... dal .....  
socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS, ..... dal .....  
quale coadiutore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, ..... dal .....
  - 3.4 ☐ 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;

FIRMA

Data .....

*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*

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:

COMMERCIO DI RICAMBI E ACCESSORI PER  
AUTOVEICOLI NONCHÉ LUBRIFICANTI

Attività secondaria:

\_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

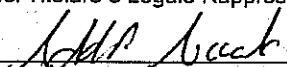
QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☒

ALLEGATI: A ☐

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 18/01/2017



#### 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 DEBBO NO ALLEGARE  
COPIA DI VALIDO PERMESSO DI SOGGIORNO.

##### 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 DEBBO NO 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.

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' DI COMMERCIO AL DETTAGLIO

**Esercizi specializzati a prevalenza alimentare**

Frutta e verdura  
 Carne e prodotti a base di carne  
 Pesci, crostacei, molluschi  
 Pane, pasticceria, dolci  
 Bevande (vini, olii, birra ed altre)  
 Altri esercizi specializzati alimentari (drogherie, salumerie, pizzerie, caffè torrefatto...)

**Esercizi specializzati a prevalenza non alimentare**

Farmacie  
 Tabacco e altri generi di monopolio  
 Articoli medicali e ortopedici  
 Cosmetici e articoli di profumeria  
 Prodotti tessili e biancheria  
 Articoli di abbigliamento e accessori, pellicceria  
 Calzature e articoli in cuoio  
 Mobili, casalinghi e articoli di illuminazione  
 Elettrodomestici, radio - televisori, dischi, strumenti musicali  
 Ferramenta, vernici, giardinaggio, art. igienico sanitari e da costruzione  
 Libri, giornali, cartoleria  
 Altri esercizi specializzati non alimentari (macchine e attrezzature per ufficio, materiale per ottica, fotografia, orologi, articoli gioielleria, giocattoli, articoli sportivi per il tempo libero, articoli da regalo, oggetti d'arte, combustibile uso domestico, natanti....)  
 Articoli di seconda mano (libri usati, mobili usati, indumenti usati, ecc.)  
 Distributori di carburante

**SETTORI MERCEOLOGICI**

**SETTORE ALIMENTARE E MISTO**

**B) SETTORE NON ALIMENTARE BENI PER LA PERSONA :**

Abbigliamento, calzature, art. in pelle

Cosmetici, profumi, art. di erboristeria.

**C) SETTORE NON ALIMENTARE ALTRI BENI A BASSO IMPATTO URBANISTICO:**

Autovetture, autoveicoli, ricambi, accessori vetture e veicoli

ferramenta, vernici, vetro

materiale elettrico e termo idraulico

materiale da costruzione, art. igienico sanitari, pavimenti, ceramiche

macchine, attrezzature e prodotti per l'agricoltura

macchine ed attrezzature per il giardinaggio


commercio di natanti ed accessori.

**d) SETTORE NON ALIMENTARE ALTRI BENI :**

Tutti i settori non alimentari non inclusi nelle precedenti lettere b) e c)



Cognome... **ADDATI**  
 Nome... **RICCARDO**  
 nato il... **10/11/1972**  
 (atto n. **1652** p. **I** s. **A** )  
 a... **ANDRIA (BA)**  
 Cittadinanza... **ITALIANA**  
 Residenza... **ANDRIA**  
 Via... **VIA G. GARIBALDI 144**  
 Stato civile... **CONIUGATO**  
 Professione... **COMMERCIANTE**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura... **1,76 m.**  
 Capelli... **castani**  
 Occhi... **castani**  
 Segni particolari... **=====**  
 .....  
 .....

  
 Firma del titolare *addati riccardo*  
**ANDRIA** **18/11/2008**  
 IL SINDACO  
 D'ORDINE DEL SINDACO  
 Ins. Giovanna BRILLI

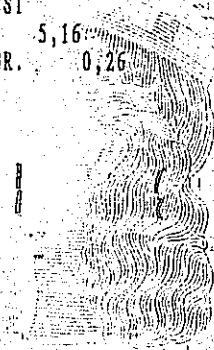
REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 REGIONE CALABRIA  
 CODICE FISCALE **DDTRGR72S10A285S** Sesso **M**  
 Cognome **ADDATI**  
 Nome **RICCARDO**  
 Luogo di nascita **ANDRIA**  
 Provincia **BA**  
 Data di nascita **10/11/1972**  
 Data di scadenza **07/03/2019**  
 Tessere sanitarie regionali

Scade il 18/11/2018


DIRITTI RISCOSSI

DIRITTI C.I. 5,16

DIRITTI DI SEGR. 0,26




AO 0290051



I.P.Z.S. spa - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
ANDRIA

CARTA D'IDENTITÀ

N° AO 0290051

DI  
ADDATI RICCARDO

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA




Cognome  
ADDATI

Nome  
RICCARDO

Data di nascita  
10/11/1972

Numero di identificazione  
DDTRCR72S10A285S SSN-MIN SALUTE - 500001

Numero di identificazione  
80380001600083405691

Data di scadenza  
07/03/2019



**CITTA' DI ANDRIA**

Provincia di Bari

n. 2415 aut.

## CONCESSIONE PER CAMBIO DI DESTINAZIONE D'USO

**IL SINDACO**

Vista la domanda in data 23-11-1995 del Sig. SCAMARCIO Giuseppe Antonio residente in Andria a via Barletta, 112, con la quale chiede il cambio di destinazione d'uso del locale a piano terra sito in via Barletta, 88, da opificio ad "ATTIVITA' COMMERCIALE".

giusta grafici

del geom. Riccardo Coratella

Visto il parere dell'Ufficio Tecnico Comunale in data 28-3-1996

Visto il parere della C.E.C. in data 28-3-1996

Visto la bolletta n. 1574 del 16-5-1996 dei costi di costruzione;

**A U T O R I Z Z A**

Il Sig. SCAMARCIO Giuseppe Antonio a quanto sopra riportato.

Andria **13 GIU. 1996**



L'ASSESSORE ANZIANO  
IL SINDACO  
(Ing. Fernando PALLADINO)



FILIALE DI Filiale di Andria Crispi

DATA 02/01/2017

879 4

BONS

IN CONFORMITÀ ALLE VOSTRE DISPOSIZIONI PROVVEDEREMO  
AD ESEGUIRE IL SEGUENTE BONIFICO

EURO 50,00  
DI EURO

PER CONTO

SPESE 2,00

ADDATI RICCARDO

VIA GIUSEPPE GARIBALDI, 144  
76123 ANDRIA BT

A FAVORE DI

COMUNE DI ANDRIA-SERVIZIO DI TESORERIA

PRESSO

BANCO DI NAPOLI S.P.A. ANDRIA - VIA DE GASPERI 30

COORDINATE BANCARIE

IT32M0101041345100000300001

CON VALUTA

CRO: 0000028535695210484134041340IT

PER

VERS. DIRITTI SUAP COMUNE DI ANDRIA-PRATICA SCIA

Banca Popolare di Bari

DATA ORDINE 02/01/17

COPIA PER L'ORDINANT