



## 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 BAGNETTI Nome KINERENZO

C.F. | P | G | N | Y | P | N | 8 | 2 | E | 1 | 4 | A | 2 | 8 | 5 | G |

Data di nascita 14/5/82 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☒ F ☐  
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA  
 Residenza Provincia BT Comune ANDRIA  
 Via, Piazza, ecc. VIA SANTA CHIARA N. 55 C.A.P. 76123

**in qualità di:**

☒ titolare dell'omonima Impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto) 07831550723

con sede nel Comune di ANORIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. VIALE Y. GIULIA N. 46-48 C.A.P. 76123 Tel. \_\_\_\_\_

N.di Iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) 584792 CCIAA di BARI

**legale rappresentante della Società :**

[illegible][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**

<b>A</b>	<b>APERTURA</b> _____	<input type="checkbox"/>
	A1 NUOVO ESERCIZIO _____	<input type="checkbox"/>
	A2 CONCENTRAZIONE _____	<input type="checkbox"/>
<b>B</b>	<b>APERTURA PER SUBINGRESSO</b> _____	<input type="checkbox"/>
<b>C</b>	<b>VARIAZIONI</b> _____	<input type="checkbox"/>
	C1 TRASFERIMENTO DI SEDE _____	<input checked="" type="checkbox"/>
	C2 AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA _____	<input type="checkbox"/>
	C3 VARIAZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO _____	<input type="checkbox"/>
<b>D</b>	<b>CESSAZIONE ATTIVITÀ</b> _____	<input type="checkbox"/>

**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

COMUNE DI ANDRIA	<b>E</b>
Protocollo Generale della Citta' di Andria	
Protocollo N.0005345/2017 del 23/01/2017	

**SEZIONE C - VARIAZIONI**

L'ESERCIZIO UBICATO NEL  
Comune ANONIA

C.A.P. 76123

Via, Viale, Piazza, ecc. VIALE F. GIULIA

N. 46-48

**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. 107  
mq.     
mq.     
mq.     
mq. 107

Generi di monopolio ☐ Farmacie ☐

Carburanti ☐

mq.   

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

mq. 176

**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   

**SUBIRÀ LE VARIAZIONI DI CUI ALLE SEZIONI:**

C1 ☒ C2 ☐ C3 ☐

**SEZIONE C1 - TRASFERIMENTO DI SEDE \***

**SARA' TRASFERITO AL NUOVO INDIRIZZO:**

Via, Viale, Piazza, ecc. VIA M. GALLIANO

N. 45

C.A.P. 76123

**SUPERFICIE DI VENDITA ORIGINARIA**

<b>Alimentare e misto</b>	mq. <u>  </u>	con ampliamento <input type="checkbox"/>	con riduzione <input type="checkbox"/>
<b>Non alimentare beni persona</b>	mq. <u>  </u>	con ampliamento <input type="checkbox"/>	con riduzione <input type="checkbox"/>
<b>Non alimentare altri beni</b>	mq. <u>  </u>	con ampliamento <input type="checkbox"/>	con riduzione <input type="checkbox"/>
<b>Non alimentare beni a basso impatto</b>	mq. <u>  </u>	con ampliamento <input type="checkbox"/>	con riduzione <input type="checkbox"/>

**NUOVA SUPERFICIE DI VENDITA**

<b>Alimentare e misto</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	mq. <u>45</u>
<b>Non alimentare beni persona</b>	<input type="checkbox"/>	mq. <u>  </u>
<b>Non alimentare altri beni</b>	<input type="checkbox"/>	mq. <u>  </u>
<b>Non alimentare beni a basso impatto</b>	<input type="checkbox"/>	mq. <u>  </u>
<b>Sup. vendita totale</b>		mq. <u>45</u>

**Tabelle speciali** **Generi di monopolio** ☐ **Farmacie** ☐ **Carburanti** ☐  
**con ampliamento** ☐ **con riduzione** ☐ mq.   

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

mq. 49

**INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE/AREA COMMERCIALE INTEGRATA/PARCO COMMERCIALE**  
SI ☐ NO ☒

se **SI** indicarne la denominazione:

Provvedimento n.    in data    rilasciato da   

\* La sezione C1 va compilata anche in caso di contestuale ampliamento (fino ai limiti consentiti per gli esercizi di vicinato di mq. 250) o riduzione di superficie di vendita dell'esercizio trasferito. Non è pertanto necessario compilare la sezione C2.

**SEZIONE C2 - AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA \***

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

AMPLIATA ☐

RIDOTTA ☐

Alimentare e misto ☐

mq.

Non alimentare beni persona ☐

mq.

Non alimentare altri beni ☐

mq.

Non alimentare beni a basso impatto ☐

mq.

Sup. vendita totale ☐

mq.

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

mq.

**SEZIONE C3 - VARIAZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO**

SARA' ELIMINATO IL SETTORE

Alimentare e misto ☐

Non alimentare beni persona ☐

Non alimentare altri beni ☐

Non alimentare beni a basso impatto ☐

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐

Farmacie ☐

Carburanti ☐

mq.

SARA' AGGIUNTO IL SETTORE

Alimentare e misto ☐

Non alimentare beni persona ☐

Non alimentare altri beni ☐

Non alimentare beni a basso impatto ☐

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐

Farmacie ☐

Carburanti ☐

mq.

con la seguente redistribuzione della superficie:

SUPERFICIE DI VENDITA PREVISTA

Alimentare e misto ☐

mq.

Non alimentare beni persona ☐

mq.

Non alimentare altri beni ☐

mq.

Non alimentare beni a basso impatto ☐

mq.

Sup. vendita totale mq.

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐

Farmacie ☐

Carburanti ☐

mq.

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

mq.

\* L'ampliamento può avvenire fino ai limiti consentiti per gli esercizi di vicinato 250 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:
  - 5.1 ☐ aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare  
 nome dell'Istituto CE.S.E.P. sede BARI  
 oggetto del corso VENITA PROD. ALIMENTARI anno di conclusione 2002
  - 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 03.1.17

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

[Firma]

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 AL DETTAGLIO DI FRUTTA  
E VERDURA FRESCA E ALIMENTI  
IN CONFEZIONE

Attività secondaria:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE



ALLEGATI:

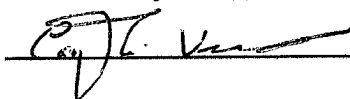
A ☐

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data

23.1.17



**ELENCO ALLEGATI:**

**SETTORE ALIMENTARE:**

POSSESSO REQUISITO PROFESSIONALE - COPIA CERT. DI DESTINAZIONE D'USO DEL LOCALE ED AGIBILITÀ  
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.

**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.