



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 LOSITO Nome MARIA CONSIGLIAC.F. 

L	S	T	M	C	N	8	6	C	6	1	A	6	6	9	O
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data di nascita 21 / 03 / 86 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☐ F ☒  
Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA  
Residenza Provincia BT Comune ANDRIA  
Via, Piazza, ecc. VIA G. GIUSTI N. 62 C.A.P. 76123

in qualità di:

☒ titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto) 

0	7	9	7	0	5	8	0	7	2	1					
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

  
con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT  
Via, Piazza, ecc. VIA NAPOLI N. 29/A C.A.P. 76123 Tel.    
N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) 594919 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. di iscrizione al Registro Imprese   CCIAA di  

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 ATTIVITÀ'**

<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<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

**SEZIONE A - APERTURA DI ESERCIZIO**

INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO

Comune **ANDRIA**

C.A.P. | 7 | 6 | 1 | 2 | 3 |

Via, Viale, Piazza, ecc. **VIA NAPOLI**

N. | 2 | 9 | A |

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**

☒  
☐  
☐  
☐

mq. | | 3 | 0 |

mq. | | | |

mq. | | | |

mq. | | | |

**Sup. vendita totale**

mq. | | 3 | 0 |

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio ☐

Farmaci ☐

Carburanti ☐

mq. | | | |

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

mq. | | | 3 | 3 |

**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 \_\_\_\_\_

**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 D - CESSAZIONE DI ATTIVITÀ

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune \_\_\_\_\_

C.A.P. | | | | |

Via, Viale, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_

N. | | | |

CESSA DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa ☐
- chiusura definitiva dell'esercizio ☐

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA DELL'ESERCIZIO CESSATO

Alimentare e misto ☐

mq. | | | |

Non alimentare beni persona ☐

mq. | | | |

Non alimentare altri beni ☐

mq. | | | |

Non alimentare beni a basso i ☐

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. | | | |

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE

SI ☐

NO ☐

se SI indicare:

DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

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

Attività prevalente:

COMMERCIO AL DETTAGLIO DI PRODOTTI ALIMENTARI E BEVANDE (CAFFE' IN  
CIALDA)

Attività secondaria:

a \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☒

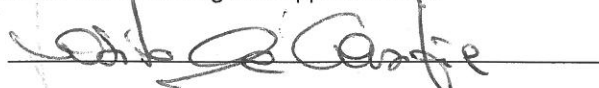
ALLEGATI:

A ☐

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 03/01/2017



**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**

Data 03/01/2017

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

*[Firma]*