



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 QUACQUARELLI Nome FRANCESCOC.F. 19CQFNC64R218A2185LData di nascita 28/10/1963 Cittadinanza ITALIA Sesso M ☒ X F ☐Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIAResidenza: Provincia BT Comune ANDRIAVia, Piazza, ecc. VIA E. ISRA N. 108 C.A.P. 76123

in qualità di:

☐ titolare dell'omonima impresa individualePartita I.V.A. (se già iscritto) ☐

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

N.d'iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) \_\_\_\_\_ CCIAA di \_\_\_\_\_

☒ legale rappresentante della Società :Cod. fiscale 10797638107210111111Partita IVA (se diversa da C.F.) 10797638107210111111denominazione o ragione sociale AUDIOCEL S.R.L.con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BTVia, Piazza, ecc. VIA BISCEGLIE N. 87 C.A.P. 76123 Tel. 0883/381755N.d'iscrizione al Registro Imprese BA-595486 CCIAA di BARI

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'** ☐ ☐

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 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="checkbox"/>	mq. [ ][ ][ ]
Non alimentare beni persona	<input type="checkbox"/>	mq. [ ][ ][ ]
Non alimentare altri beni	<input type="checkbox"/>	mq. [ ][ ][ ]
Non alimentare beni a basso impatto	<input type="checkbox"/>	mq. [ ][ ][ ]
<b>Sup. vendita totale</b>		<b>mq. [ ][ ][ ]</b>

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio ☐ Farmacie ☐ Carburanti ☐ mq. [ ][ ][ ][ ]

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

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

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*

Data 22/02/2017

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante



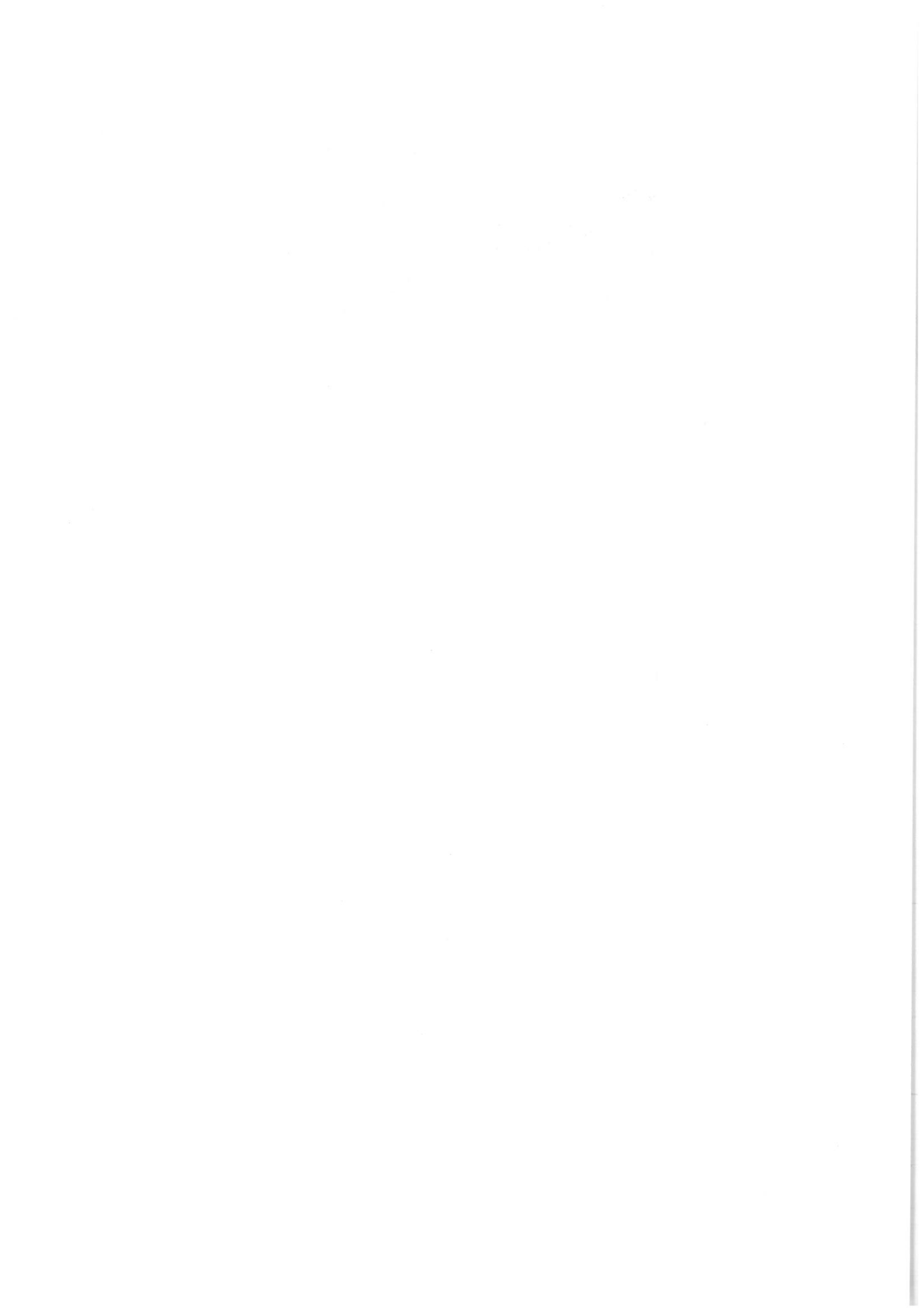
**DICHIARA:**

- FIRMA

**DICHIARA:**

**DICHIARA:**

-



Scade il 28/10/2022  
DIRITTI ELECCSSIE  
DIRITTI C.I. 1.10  
DIRITTI DI SEGR.

AS 0974917

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI  
ANDRIA

CARTA D'IDENTITÀ

N° AS 0974917

DI  
QUACQUARELLI FRANCESCO

Cognome.....QUACQUARELLI.....  
Nome.....FRANCESCO.....  
nato il.....28/10/1964.....  
(atto n.....1864.....Is.....A.....)  
a.....ANDRIA (BA).....)  
Cittadinanza.....ITALIANA.....  
Residenza.....ANDRIA.....  
Via.....VIALE ISTRJA 110.....  
Stato civile.....CONIUGATO.....  
Professione.....IMPRENDITORE.....  
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
Statura.....1,70 m.....  
Capelli.....castani.....  
Occhi.....castani.....  
Segni particolari.....=====



Firma del titolare  
ANDRIA 21/05/2012

Impronta del dito  
indice sinistro IL SINDACO  
ORDINE DEL SINDACO

Per il Sindaco del Comune  
di Andria



