



MOD. COM 1

REGIONE PUGLIA

Esercizi di Commercio al dettaglio di vicinato

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'

Comune di
AndriaN. 95556
DIRITTI
S.U.A.P.

€ 50,00

95556

COMPILARE IN STAMPATELLO

Al Comune di

ANDRIA

1985

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

Cognome ZAGARIA Nome NICOLA

C.F. ZGRNCL54E16A885E

Data di nascita 16/05/54 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☒ F ☐
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA
 Residenza Provincia BT Comune ANDRIA
 Via, Piazza, ecc. CARSO N. BT C.A.P. 76123

in qualità di:

☐ titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto)
 con sede nel Comune di
 Via, Piazza, ecc. N. C.A.P. Tel.
 N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) CCIAA di

☒ legale rappresentante della Società :

Cod. fiscale 07745000724
 Partita IVA (se diversa da C.F.)
 denominazione o ragione sociale ANDRIAVISUAL-ST SRLS
 con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT
 Via, Piazza, ecc. G. ARITONDI N. 3144 C.A.P. 76123 Tel. 0883545390
 N. di iscrizione al Registro Imprese 07745000724 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 A - APERTURA DI ESERCIZIO

INDIRIZZO DELL' ESERCIZIO

Comune ANDRIA

C.A.P. 76723

Via, Viale, Piazza, ecc. *G. ARITONDI*

N.

--	--	--

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Non alimentare beni persona

Non alimentare beni a ba

Non alimentare beni a basso impatto

Sup. vendita totale

mq.

mg. | | | |

mg.	54
-----	----

mg.

mg. | 154

Tabelle speciali

Generi di monopolio ☐ Farmaci ☐

Carburanti mq.

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

mg. 772

A CARATTERE

Stagionale

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:

A1 - NUOVO ESERCIZIO

A2 - CONCENTRAZIONE di N. _____ esercizi di seguito indicati:

Titolare C. F. | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo _____ Protocollo n. _____ in data _____

mg. | | | |

Titolare

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

Non alimentare beni persona

Non alimentare altri beni

Non alimentare beni a basso impatto

Sup. vendita totale

mg. | | | |

mg. | | | |

mg.

--	--	--

mg.

--	--	--

mg.

Tabelle speciali

Generi di monopolio

Farmacie Carburanti

mg. | | | | |

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

mg. | | | | |

A CARATTERE

Permanente

Stagionale

dal 1 / 1

al / /

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

SI ☐ NO ☐

se **SI** indicarne la denominazione:

Provedimento n. _____ in data _____ rilasciato da _____

SUBENTRERÀ' ALL'IMPRESA:

Denominazione

[illegible]

A seguito di:

- compravendita

- affitto d'azienda

- donazione

- fusione

- fallimento

- **successione**

- **altre cause**

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.

SEZIONE C - VARIAZIONI

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune _____

C.A.P. _____

Via, Viale, Piazza, ecc. _____

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

☐
☐
☐
☐

mq. _____

mq. _____

mq. _____

mq. _____

Sup. vendita totale

mq. _____

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 _____

SUBIRÀ LE VARIAZIONI DI CUI ALLE SEZIONI:

C1 ☐

C2 ☐

C3 ☐

SEZIONE C1 - TRASFERIMENTO DI SEDE *

SARA' TRASFERITO AL NUOVO INDIRIZZO:

Via, Viale, Piazza, ecc. _____

N. _____

C.A.P. _____

SUPERFICIE DI VENDITA ORIGINARIA

Alimentare e misto

mq. _____

con ampliamento ☐

con riduzione ☐

Non alimentare beni persona

mq. _____

con ampliamento ☐

con riduzione ☐

Non alimentare altri beni

mq. _____

con ampliamento ☐

con riduzione ☐

Non alimentare beni a basso impatto

mq. _____

con ampliamento ☐

con riduzione ☐

NUOVA SUPERFICIE DI VENDITA

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

☐

con ampliamento

☐

con riduzione ☐

mq. _____

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO

mq. _____

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

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

Non alimentare beni persona

Non alimentare altri beni

Non alimentare beni a basso impatto

☐
☐
☐
☐

Sup. vendita totale

mq. mq. mq. mq. 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 altri beni

☐
☐

Non alimentare beni persona

Non alimentare beni a basso impatto

☐
☐

Tabelle speciali

Generi di monopolio

☐Farmacie ☐Carburanti ☐mq.

SARA' AGGIUNTO IL SETTORE

Alimentare e misto

Non alimentare altri beni

☐
☐

Non alimentare beni persona

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

Non alimentare beni persona

Non alimentare altri beni

Non alimentare beni a basso impatto

☐
☐
☐
☐

Sup. vendita totale mq.

mq. mq. mq. mq. 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.

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 ☐

Non alimentare beni persona ☐

Non alimentare altri beni ☐

Non alimentare beni a basso i ☐

mq. _____

mq. _____

mq. _____

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:

CONTERNO AL RETRAGGIO DI ELETTRODOMESTICI
APPARECCHI RADIO TELEVISORI, HI-FI, TELEFONIA
COMPONENTI ELETTRICI PER IMPIANTI AUDIO-
VIDEO-DOMESTICI

Attività secondaria:

da 20/02/2017

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☒

ALLEGATI:

A ☒

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data 20/02/2017

[Firma]

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) *SI SPECIFICA CHE L'ATTIVITA' IN CUI VIENE ESERCITATA L'ATTIVITA' COMMERCIALE E' INDICATO NEL CERTIFICATO DI DEST. D'USO "COMMERCIALE" (C.F. ALL. 2.0)*
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 20/02/2015

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

[Firma]

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 ZAGARIA Nome NICOLA
 C.F. EGPNCL34E164885E
 Data di nascita 16/05/54 Cittadinanza ITALIANA Sesso: M ☒ F ☐
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA
 Residenza Provincia BT Comune ANDRIA
 Via, Piazza, ecc. CARSO N. BT C.A.P. 76123

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

Data 22/02/2017

FIRMA



Cognome QUACQUARELLI Nome MARIO
 C.F. QLQTR85P744985T
 Data di nascita 14/09/85 Cittadinanza ITALIANA Sesso: M ☒ F ☐
 Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA
 Residenza Provincia BT Comune ANDRIA
 Via, Piazza, ecc. V. POZZOLO N. 6 C.A.P. 76123

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

Data 22/02/2017

FIRMA



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. _____

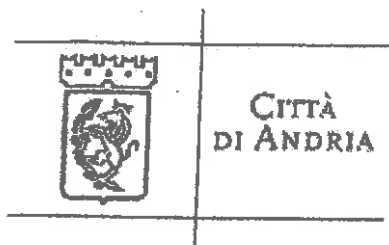
DICHIARA:

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

Data

FIRMA



Provincia Barletta-Andria-Trani

Reg. n° 5/224 LUG. 2015⁷ Cert. D.D.

S.u.E.

Sportello unico Edilizia

CERTIFICATO DI DESTINAZIONE D'USO

- Vista l'istanza inoltrata dal Sig. **ZAGARIA Nicola** datata **19/06/2015** prot. n° **52402** tendente ad ottenere un certificato di destinazione d'uso;
- Sulla scorta degli atti esistenti presso questo Ufficio Tecnico;

SI CERTIFICA

che, la destinazione d'uso dei locali a piano terra e interrato ubicato in Andria alla via Generale Arimondi nn° 39-41, censito nel Catasto fabbricati del Comune di Andria Fg. 221 p.lla 343 sub. 17 cat. C/1 è "**ATTIVITA' COMMERCIALE**" con annesso **Deposito al piano interrato** giusta S.C.I.A. del 18/05/2015 prot. n° 43095, ultimazione lavori del 19/06/2015 prot. n° 52394.

Si rilascia a richiesta del Sig. **ZAGARIA Nicola** per uso per il quale la legge non prescrive il bollo.

Andria, lì **24 LUG. 2015**



IL DIRIGENTE
Sportello unico Edilizia

(Dott. Ing. Felice **PISCITELLI**)

REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
COPERTURA PER I SERVIZI


 Codice Fiscale: **QQCMRA85P14A285T** Sesso: **M**
 Cognome: **QUACQUARELLI**
 Nome: **MARIO**
 Luogo di nascita: **ANDRIA**
 Data di scadenza: **27/05/2022** Regione: **BA**
 Data di nascita: **14/09/1985**




PATENTE DI GUIDA REPUBBLICA ITALIANA

1. QUACQUARELLI
 2. MARIO
 3. 14/09/85 ANDRIA (BA)
 4a. 27/02/2014 4c. MIT-UGO
 4b. 14/09/2024
 5. U1C370988S
 7.

















9. B

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA




QUACQUARELLI
MARIO 14/09/1985
QQCMRA85P14A285T SSN-MIN SALUTE - 500001
80380001600108858312 27/05/2022

13.

9.	10.	11.	12.
AM 			
A1 			
A2 			
A 			
B1 			
B 	17/01/04	14/09/24	
C1 			
C 			
D1 			
D 			
BE 			
C1E 			
CE 			
D1E 			
DE 			

12.71 01 BA5424408K I AE 2881988

1. Categoria 2. Nome 3. Data di nascita 4. Data di scadenza 5. Data di nascita 6. Data di scadenza 7. Data di nascita 8. Data di scadenza 9. Data di nascita 10. Data di scadenza 11. Data di nascita 12. Data di scadenza