



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 GUGLIELMI Nome SABINA

C.F. | G | G | L | S | B | N | 7 | 9 | C | 6 | 8 | A | 2 | B | 5 | 1 |

Data di nascita 28/03/79 Cittadinanza ITALIANA Sesso M ☐ F ☒

Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA

Residenza: Provincia BT Comune ANDRIA
Via, Piazza, ecc. VIA DEGLI ULIVI N. 34 C.A.P. 76123

in qualità di:

☒ titolare dell'omonima impresa individuale

Partita I.V.A. (se già iscritto) 061180060722

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. VIA R. MARGHERITA N. 20 C.A.P. 40123 Tel. _____

N.di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) 468667 CCIAA di BARI

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

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. 71611213

Via, Viale, Piazza, ecc. VIA MAGGIOR GALLIANO

N. 118

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare e misto	<input type="checkbox"/>	mq. <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>
Non alimentare altri beni	<input checked="" type="checkbox"/>	mq. <u>510</u>
Non alimentare beni a basso impatto	<input type="checkbox"/>	mq. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sup. vendita totale		mq. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Tabelle speciali

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

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

mq. 1165

A CARATTERE

Permanente ☐
 Stagionale ☒ dal 07/02/2017 al 31/10/2017

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. ☐☐☐☐

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:

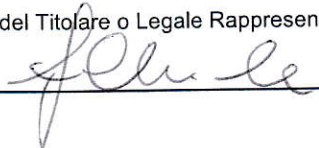
Solo per le società

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



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:

TRATTASI DI APERTURA SEDE
TEMPORANEA PER OUTLET
ABBIGLIAMENTO BAMBINI

Attività secondaria:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE ☐

ALLEGATI: A ☐

B ☐

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante



Data _____

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.