



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 FRANCESCO

C.F. | Q | C | Q | F | N | C | 6 | 4 | R | 2 | 8 | A | 2 | 8 | 5 | L |

Data di nascita 28/10/1964 Cittadinanza ITALIA Sesso M ☒ F ☐

Luogo di nascita: Stato ITALIA Provincia BT Comune ANDRIA

Residenza: Provincia BT Comune ANDRIA

Via, Piazza, ecc. VIALE ISIRIA N. 108 C.A.P. 76123

in qualità di:

☐ titolare dell'omonima impresa individuale

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

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

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 07976380720

Partita IVA (se diversa da C.F.) 07976380720

denominazione o ragione sociale AUDIOCEL S.R.L.

con sede nel Comune di ANDRIA Provincia BT

Via, Piazza, ecc. VIA BISCEGLIE N. 87 C.A.P. 76123 Tel. 0883 381755

N.d'iscrizione al Registro Imprese BA-595486 CCIAA di BARI

Trasmette SCIA relativa a

A APERTURA | x

A1 NUOVO ESERCIZIO

A2 CONCENTRAZIONE

## B APERTURA PER SUBINGRESSO

<b>C</b>	<b>VARIAZIONI</b>		
----------	-------------------	--	--

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

**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:  
 \_\_\_\_\_

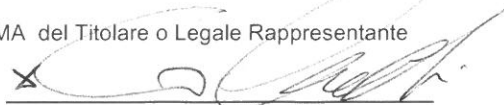
**Solo per le società**

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







Scade il 28/10/2022  
 DIRITTI RIECOSSIST  
 DIRITTI C.I. 1.15  
 DIRITTI DI SEGR.

AS 0974917

IPZS SPA OFFICINA C.V. - ROMA

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 incarico del Sindaco

2012

Data di  
 scadenza  
 04/11/2012

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

QUACQUARELLI

FRANCESCO

28/10

000FNC61R2BA285L SSN-MIN SALUTE - 50

80380001600117863360

04/11

