



**SEGNALAZIONE DI SUBENTRO  
COMMERCIO SU AREE PUBBLICHE SU POSTEGGIO  
DI GENERI ALIMENTARI**

AREA RISERVATA  
PER REGISTRAZIONE  
UFFICIO PROTOCOLLO

AL COMUNE DI  
SANTA MARGHERITA LIGURE  
PIAZZA MAZZINI, 46  
16038 SANTA MARGHERITA LIGURE (GE)

**Quadro A. DATI RELATIVI AL SOGGETTO DI IMPRESA CHE PRESENTA LA SEGNALAZIONE**

**A.1 GENERALITA' DELLA PERSONA**

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>		
COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/>	CAP.	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	<input type="text"/>	COD. FISC.	<input type="text"/>		
COMUNE DI RESIDENZA	<input type="text"/>	CAP.	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
VIA/PIAZZA/..	<input type="text"/>	CIV.	<input type="text"/>	INT.	<input type="text"/>
CITTADINANZA	<input type="text"/>				

**A.2 NATURA DELL'IMPRESA**

<input type="checkbox"/>	IMPRESA INDIVIDUALE
<input type="checkbox"/>	SOCIETA' DI CUI IL RICHIEDENTE E' LEGALE RAPPRESENTANTE :
	DENOMINAZIONE DELL'IMPRESA - RAGIONE SOCIALE
	<input type="text"/>
	P.Iva <input type="text"/>
	C.F. <input type="text"/>
SEDE LEGALE	
COMUNE	<input type="text"/>
	CAP. <input type="text"/>
	PROV. <input type="text"/>
VIA/PIAZZA/..	<input type="text"/>
	CIV. <input type="text"/>
	INT. <input type="text"/>
ISCRITTA PRESSO LA C.C.I.A.A. DI	<input type="text"/>
REGISTRO	<input type="text"/>
N.RO	<input type="text"/>

### A.3 - REQUISITI MORALI

<input type="checkbox"/>	IL TITOLARE DELL'IMPRESA POSSIEDE I REQUISITI MORALI PREVISTI DALL' <u>ART. 71, comma 1 DEL D. LGS n. 59 DEL 26/03/2010</u> . (Vedi Appendice)				
<input type="checkbox"/>	TALI REQUISITI SONO POSSEDUTI INOLTRE DALLE SEGUENTI PERSONE, NELLA LORO QUALITA' DI AMMINISTRATORI DELL'IMPRESA AI SENSI DELL' <u>ART.2 D.P.R. N. 252 DEL 03/06/1998</u> (Vedi Appendice)				
COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>		
NATO A	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>	COD. FISC.	<input type="text"/>
COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>		
NATO A	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>	COD. FISC.	<input type="text"/>

### A.4 - REQUISITI PROFESSIONALI

<input type="checkbox"/>	IL TITOLARE DELL'IMPRESA E' IN POSSESSO DI UNO DEI REQUISITI PROFESSIONALI <u>INDICATI DALL'ART. 71, comma 6 DEL D. LGS N.RO 59 DEL 26/03/2010</u> (Vedi Appendice) E PRECISAMENTE :				
<input type="checkbox"/>	HA FREQUENTATO CON ESITO POSITIVO IL CORSO PROFESSIONALE PER IL COMMERCIO DI ALIMENTI E BEVANDE SOTTO SPECIFICATO:				
	NOME DELL'ISTITUTO..... SEDE .....				
	OGGETTO DEL CORSO .....				
	ANNO DI CONCLUSIONE ..... ESITO .....				
<input type="checkbox"/>	HA ESERCITATO IN PROPRIO UN'ATTIVITA' NEL SETTORE ALIMENTARE O NEL SETTORE DELLA SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE, PER ALMENO DUE ANNI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO:				
	TIPO DI ATTIVITA'..... DAL..... AL .....				
	NOME E SEDE IMPRESA.....				
	N.RO ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE ..... CCIAA DI .....N.RO REA .....				
<input type="checkbox"/>	HA PRESTATO LA PROPRIA OPERA, PER ALMENO DUE ANNI, ANCHE NON CONTINUATIVI, NEL QUINQUENNIO PRECEDENTE, PRESSO IMPRESE ESERCENTI L'ATTIVITA' NEL SETTORE ALIMENTARE O NEL SETTORE DELLA SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE, COMPROVATA DALLA ISCRIZIONE ALL'I.N.P.S. :				
<input type="checkbox"/>	QUALE DIPENDENTE QUALIFICATO ADDETTO ALLA VENDITA O ALL'AMMINISTRAZIONE O ALLA PREPARAZIONE DEGLI ALIMENTI	QUALIFICA .....			
<input type="checkbox"/>	QUALE SOCIO LAVORATORE				
<input type="checkbox"/>	QUALE COADIUTORE FAMILIARE (SE TRATTASI DI CONIUGE, PARENTE O AFFINE, ENTRO IL TERZO GRADO, DELL'IMPRENDITORE)				
	TIPO DI ATTIVITA'..... DAL..... AL .....				
	NOME E SEDE IMPRESA.....				
	N.RO ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE ..... CCIAA DI .....N.RO REA .....				
<input type="checkbox"/>	E' IN POSSESSO DI UN DIPLOMA DI SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE O DI LAUREA, ANCHE TRIENNALE, O DI ALTRA SCUOLA AD INDIRIZZO PROFESSIONALE, ALMENO TRIENNALE, PURCHE' NEL CORSO DI STUDI SIANO PREVISTE MATERIE ATTINENTI AL COMMERCIO, ALLA PREPARAZIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI				
	TITOLO DI STUDIO .....				
	ISTITUTO ..... DATA CONSEGUIMENTO .....				
<input type="checkbox"/>	<b>N.B.</b> - IL REQUISITO PROFESSIONALE SOPRA CONTRASSEGNA TO E' POSSEDUTO DALLA PERSONA QUI DI SEGUITO INDICATA, CHE VIENE PREPOSTA ALLA GESTIONE DELL'ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE				
COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>		
NATO A	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>	COD. FISC.	<input type="text"/>

**Quadro B. DATI RELATIVI ALL' ATTIVITA'**

VIA/PIAZZA/...	<input type="text"/>	N.RO POSTEGGIO	<input type="text"/>
NEL MERCATO <i>(indicare la frequenza: giornaliero/settimanale)</i>	<input type="text"/>		
PRECEDENTE TITOLARE	<input type="text"/>		
TITOLO DEL TRASFERIMENTO DELL'ATTIVITA <i>(indicare il titolo in base a cui è effettuato il trasferimento – es.: cessione o affitto di azienda o di ramo d'azienda, sostituzione del legale rappresentante della società, successione, ecc. )</i>			
<input type="text"/>			

<input type="checkbox"/>	E' STATA PRESENTATA O E' IN CORSO DI PRESENTAZIONE LA <b>NOTIFICA DI INIZIO ATTIVITA' PRESSO L'ASL 4 "CHIAVARESE"</b> IN OTTEMPERANZA A QUANTO STABILITO DALL'ART. 6 DEL REGOLAMENTO CE 852/2004 SULL'IGIENE DEI PRODOTTI ALIMENTARI
--------------------------	--

**Quadro D.**

**ELEZIONE DI DOMICILIO**  
(OBBLIGATORIA)

PER TUTTE LE COMUNICAZIONI CONNESSE ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' ED AL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO AVVIATO CON LA PRESENTE SEGNALAZIONE VIENE ELETTO DOMICILIO PRESSO :  
(è possibile effettuare più di una indicazione)

<b>D.1</b> <input type="checkbox"/>	LA RESIDENZA DEL TITOLARE (COME RIPORTATA NELLA TABELLA A1)
--	---

<b>D.2</b> <input type="checkbox"/>	LA SEDE LEGALE DELL'IMPRESA/SOCIETA' (COME RIPORTATA NELLA TABELLA A2)
--	--

<b>D.3</b> <input type="checkbox"/>	IL PROFESSIONISTA DI SEGUITO IDENTIFICATO: <table border="1"><tr><td>QUALIFICA</td><td><input type="text"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td>COGNOME</td><td><input type="text"/></td><td>NOME</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>INDIRIZZO</td><td><input type="text"/></td><td>PROV.</td><td><input type="text"/> C.A.P. <input type="text"/></td></tr><tr><td>TEL. STUDIO</td><td><input type="text"/></td><td>CELLULARE</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>E-MAIL</td><td colspan="3"><input type="text"/></td></tr></table>	QUALIFICA	<input type="text"/>			COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>	INDIRIZZO	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> C.A.P. <input type="text"/>	TEL. STUDIO	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>		
QUALIFICA	<input type="text"/>																				
COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>																		
INDIRIZZO	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> C.A.P. <input type="text"/>																		
TEL. STUDIO	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>																		
E-MAIL	<input type="text"/>																				

**D.4**  
L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE E' AUTORIZZATA INOLTRE AD UTILIZZARE PER OGNI ULTERIORE COMUNICAZIONE ANCHE IL SEGUENTE **INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA**:

<input type="text"/>
----------------------

**D.5**  
E, PER GLI ATTI PER I QUALI SIA PREVISTA LA FORMA DELLA NOTIFICA O DELLA RACCOMANDATA CON RICEVUTA DI RITORNO, IL SEGUENTE **INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)**

<input type="text"/>
----------------------

## ALLEGATI

1	<input type="checkbox"/>	COPIA DELL'ATTO DI TRASFERIMENTO DELL'AZIENDA O ATTO EQUIVALENTE
2	<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' O, IN CASO DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI, FOTOCOPIA DOCUMENTO DI SOGGIORNO
3	<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO UNICO DI REGOLARITA' CONTRIBUTIVA (D.U.R.C.)
4	<input type="checkbox"/>	COPIA DELL'ATTO COSTITUTIVO DELLA SOCIETA' IN NOME E PER CONTO DELLA QUALE VIENE PRESENTATA LA DOMANDA
5	<input type="checkbox"/>	ALTRO (SPECIFICARE)

### INFORMATIVA IN MATERIA DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art.13 del D.L.vo. 30 giugno 2003 n.196 ("*Codice in materia di protezione dei dati personali*") il trattamento dei dati personali forniti, all'atto di compilazione della presente e dei relativi allegati, è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali dell'Amministrazione Comunale con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di soggetti pubblici coinvolti a vario titolo nell'espletamento dell'iter connesso al procedimento della presente comunicazione. Il titolare del trattamento è il Comune di Santa Margherita Ligure.

**Con la firma apposta in calce alla presente, il sottoscrittore, fermo il diritto di cui all'art. 7 del citato Codice, dichiara di aver preso visione della presente informativa e di rilasciare in tal senso espresso consenso.**

**Con la firma apposta in calce alla presente, il sottoscrittore dichiara:**

- **che tutte le circostanze, i fatti e le qualità personali indicate nel presente modulo sono di propria diretta conoscenza e corrispondono al vero;**
- **che tutto quanto sopra viene dichiarato a titolo di "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 (*Vedi Appendice*);**
- **di essere consapevole che l'eventuale falsità di alcuna delle dichiarazioni contenute nel presente modulo o nei suoi allegati, attinente all'esistenza di requisiti e presupposti previsti dalla legge per lo svolgimento dell'attività, è punita con la reclusione da uno a tre anni e determina il divieto di prosecuzione dell'attività ai sensi dell'art. 19, commi 3 e 6 della legge 7.8.1990 n.241 (*Vedi Appendice*)**

SANTA MARGHERITA LIGURE, LI .....

FIRMA

.....