



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEL
COMMERCIO / SOMMINISTRAZIONE DI GENERI ALIMENTARI SU
AREE PUBBLICHE IN FORMA ITINERANTE**

AREA RISERVATA PER REGISTRAZIONE UFFICIO PROTOCOLLO	AREA RISERVATA PER MARCA DA BOLLO
---	--------------------------------------

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

Quadro A. DATI RELATIVI AL SOGGETTO DI IMPRESA CHE PRESENTA L'ISTANZA

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 DIN.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'IMPREDITORE)				
	TIPO DI ATTIVITA'.....	DAL..... AL			
	NOME E SEDE IMPRESA.....				
	N.RO ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE	CCIAA DIN.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"/>	N.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. ALTRE DICHIARAZIONI

B.1 <input type="checkbox"/>	SI INTENDE ESERCITARE ANCHE L'ATTIVITA' DI SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE
B.2 <input type="checkbox"/>	E' STATA PRESENTATA O E' IN CORSO DI PRESENTAZIONE LA NOTIFICA DI INIZIO ATTIVITA' PRESSO L'ASL 4 "CHIAVARESE" IN OTTEMPERANZA A QUANTO STABILITO DALL'ART. 6 DEL REGOLAMENTO CE 852/2004 SULL'IGIENE DEI PRODOTTI ALIMENTARI

Quadro C.

ELEZIONE DI DOMICILIO (OBBLIGATORIA)

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

C.1 <input type="checkbox"/>	LA RESIDENZA DEL TITOLARE (COME RIPORTATA NELLA TABELLA A1)																				
C.2 <input type="checkbox"/>	LA SEDE LEGALE DELL'IMPRESA/SOCIETA' (COME RIPORTATA NELLA TABELLA A2)																				
C.3 <input type="checkbox"/>	IL PROFESSIONISTA DI SEGUITO IDENTIFICATO: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>QUALIFICA</td> <td><input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COGNOME</td> <td><input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td>NOME</td> <td><input style="width: 150px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>INDIRIZZO</td> <td><input style="width: 250px;" type="text"/></td> <td>PROV.</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/> C.A.P. <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TEL. STUDIO</td> <td><input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td>CELLULARE</td> <td><input style="width: 150px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E-MAIL</td> <td colspan="3"><input style="width: 250px;" type="text"/></td> </tr> </table>	QUALIFICA	<input style="width: 150px;" type="text"/>			COGNOME	<input style="width: 150px;" type="text"/>	NOME	<input style="width: 150px;" type="text"/>	INDIRIZZO	<input style="width: 250px;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 50px;" type="text"/> C.A.P. <input style="width: 50px;" type="text"/>	TEL. STUDIO	<input style="width: 150px;" type="text"/>	CELLULARE	<input style="width: 150px;" type="text"/>	E-MAIL	<input style="width: 250px;" type="text"/>		
QUALIFICA	<input style="width: 150px;" type="text"/>																				
COGNOME	<input style="width: 150px;" type="text"/>	NOME	<input style="width: 150px;" type="text"/>																		
INDIRIZZO	<input style="width: 250px;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 50px;" type="text"/> C.A.P. <input style="width: 50px;" type="text"/>																		
TEL. STUDIO	<input style="width: 150px;" type="text"/>	CELLULARE	<input style="width: 150px;" type="text"/>																		
E-MAIL	<input style="width: 250px;" type="text"/>																				
C.4	L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE E' AUTORIZZATA INOLTRE AD UTILIZZARE PER OGNI ULTERIORE COMUNICAZIONE ANCHE IL SEGUENTE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA: <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
C.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 style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				

ALLEGATI

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

INFORMATIVA IN MATERIA DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art.13 del D.L.gs. 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 dichiara di aver preso visione della presente informativa e di rilasciare in tal senso espresso consenso, fermi restando i diritti di cui all'art. 7 del Codice.

Con la firma apposta in calce alla presente, il sottoscrittore infine 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 accertata falsità di alcuna delle dichiarazioni è fonte di responsabilità penale ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 (*Vedi Appendice*) e, se attinente al rispetto delle condizioni previste dalla legge per lo svolgimento dell'attività iniziata, può determinare la chiusura dell'esercizio**

SANTA MARGHERITA LIGURE, LI

FIRMA

.....