


Protocollo Generale Comune	<i>Riservato all'ufficio</i>	
N° _____	numero SUAP _____	
data _____	data di accettazione _____	
Protocollo SUAP n° _____	data di avvio del procedimento _____	

AL COMUNE DI RAVANUSA
Sportello Unico per le Attività Produttive
Via Roma, n° 3
92029 Ravanusa

FORME SPECIALI DI VENDITA AL DETTAGLIO

APPARECCHI AUTOMATICI

COMUNICAZIONE (COM 8 - D.A. 8/5/2001)

Ai sensi della legge regionale n°28/99 (art. 18; art. 29, comma 3)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome	Nome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita <input type="text"/>	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Stato <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>	Cittadinanza <input type="text"/>
Luogo di nascita: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/Piazza, ecc. <input type="text"/>	N. Civ <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
Residenza: <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>	E-m@il <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>

Nella Titolare della Ditta Individuale Omonima Rappresentante legale della società
Qualità di: Presidente dell'associazione Culturale _____

C.F. <input type="text"/>	P. IVA (se diversa da C.F.) <input type="text"/>
Denominazione o ragione sociale (in caso di società) <input type="text"/>	
con sede legale nel Comune di <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>
Via, piazza <input type="text"/>	N° civico <input type="text"/>
CAP <input type="text"/>	<input type="text"/>
N. di iscrizione al R.I (se già iscritto) <input type="text"/>	della CCIAA <input type="text"/>
<input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>

TRASMETTE COMUNICAZIONE RELATIVA A

<input type="checkbox"/> A AVVIO DELL'ATTIVITA' DI VENDITA PER MEZZO DI APPARECCHI AUTOMATICI
<input type="checkbox"/> A1 Su area pubblica
<input type="checkbox"/> A2 Su area privata
<input type="checkbox"/> B SUBINGRESSO
<input type="checkbox"/> C VARIAZIONI
<input type="checkbox"/> C1 Trasferimento dell'apparecchio automatico
<input type="checkbox"/> C2 Cessazione attività del distributore in una sede già indicata
<input type="checkbox"/> D CESSAZIONE DI ATTIVITA'

Preso atto che l'operazione di cui alle lettere A) e C1) sarà eseguita decorsi non meno di 30 giorni dalla data di ricezione della presente comunicazione da parte del Comune, dichiara quanto contenuto nella rispettiva sezione:

(*) Copia del presente modello, corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune, va presentata al Registro Imprese della CCIAA, entro 30 gg. dall'effettivo verificarsi del fatto, qualora non siano giunte da parte del Comune comunicazioni contrarie.

Sezione A – AVVIO DELL'ATTIVITA' DELL'IMPRESA (1)

UBICAZIONE DEL DISTRIBUTORE AUTOMATICO

Via/Piazza N°
Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.

Presso CAP

1

TIPOLOGIA ATTIVITÀ

- A1- Su area pubblica
 A2- Su area privata

SETTORE/I MERCEOLOGICI DI VENDITA

- Alimentare
 Non Alimentare

UBICAZIONE DEL DISTRIBUTORE AUTOMATICO

Via/Piazza N°
Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.

Presso CAP

2

TIPOLOGIA ATTIVITÀ

- A1- Su area pubblica
 A2- Su area privata

SETTORE/I MERCEOLOGICI DI VENDITA

- Alimentare
 Non Alimentare

UBICAZIONE DEL DISTRIBUTORE AUTOMATICO

Via/Piazza N°
Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.

Presso CAP

3

TIPOLOGIA ATTIVITÀ

- A1- Su area pubblica
 A2- Su area privata

SETTORE/I MERCEOLOGICI DI VENDITA

- Alimentare
 Non Alimentare

UBICAZIONE DEL DISTRIBUTORE AUTOMATICO

Via/Piazza N°
Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.

Presso CAP

4

TIPOLOGIA ATTIVITÀ

- A1- Su area pubblica
 A2- Su area privata

SETTORE/I MERCEOLOGICI DI VENDITA

- Alimentare
 Non Alimentare

UBICAZIONE DEL DISTRIBUTORE AUTOMATICO

Via/Piazza N°
Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.

Presso CAP

5

TIPOLOGIA ATTIVITÀ

- A1- Su area pubblica
 A2- Su area privata

SETTORE/I MERCEOLOGICI DI VENDITA

- Alimentare
 Non Alimentare

(1) Qualora lo spazio della presente pagina non risulti sufficiente ad elencare l'ubicazione dei distributori automatici, possono essere utilizzati fotocopie della medesima.

Sezione C - VARIAZIONI

L'ATTIVITA' DI VENDITA PER MEZZO DI APPARECCHI AUTOMATICI UBICATA IN

Via/Piazza	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
	Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.		
Presso	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E NUMERO

<input type="checkbox"/> Alimentare	N.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non Alimentare	N°	<input type="text"/>
-------------------------------------	----	----------------------	---	----	----------------------

SUBIRA' LE VARIAZIONI DI CUI ALLE SEZIONI:

<input type="checkbox"/> C1	Trasferimento dell'apparecchio automatico
<input type="checkbox"/> C2	Cessazione attività del distributore in una sede già indicata

SEZIONE C1

TRASFERIMENTO DELL'APPARECCHIO AUTOMATICO
(nuova ubicazione del distributore in sede diversa da quella indicata)

NUOVO INDIRIZZO

Via/Piazza	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
	Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.		
Presso	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI DI VENDITA

<input type="checkbox"/> Alimentare	<input type="checkbox"/> Non Alimentare
-------------------------------------	---

SEZIONE C2

CESSAZIONE ATTIVITÀ DEL DISTRIBUTORE IN UNA SEDE GIÀ INDICATA

CESSAZIONE DELL'ATTUALE UBICAZIONE

Via/Piazza	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
	Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.		
Presso	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI DI VENDITA

<input type="checkbox"/> Alimentare	<input type="checkbox"/> Non Alimentare
-------------------------------------	---

Sezione D – CESSAZIONE DI ATTIVITA' DELL'IMPRESA

L'IMPRESA CON SEDE NEL COMUNE DI RAVANUSA IN

Via/Piazza _____ N° _____

Denominazione dell'Ente o Associazione o impresa, ecc.
Presso: _____ C.A.P. _____

CESSA DAL _____ PER:

- Trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa
 Chiusura definitiva dell'esercizio

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI DI VENDITA

Alimentare Non Alimentare

INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. N. 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE COMPILATA (ESCLUSA LA D), L'ATTIVITA' ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE

ATTIVITA' PREVALENTE _____

ATTIVITA' SECONDARIA _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

- Quadro autocertificazione
 Allegato A – Dichiarazione possesso requisiti morali di altre persone in caso di società
 Allegato B – Dichiarazione possesso requisiti professionali del legale rappresentante e/o delegato della società
 Allegato C - Iscrizione/cancellazione/variazione TARSU

TUTELA DATI PERSONALI Il sottoscritto dichiara di essere informato che, ai sensi dell'art. 10 della L. n° 675/96, i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della norma citata. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività di questa amministrazione. In relazione ai predetti trattamenti, si potranno esercitare i diritti di cui all'art. 13 della L. 675/96.

Data _____

Firma del titolare o legale rappresentante

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE
(Da compilare per chi sottoscrive le sezioni A, B e C)

IL SOTTOSCRITTO,

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le mendaci dichiarazioni e la formazione o uso di atti falsi (Art.76, DPR 445/2000), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, DPR 445/2000),

DICHIARA (ARTT. 46 e/o 47 DPR 445/2000)

- | |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art.5, commi 2 e 4 del d.lgs. 114/98 come richiamati dall'art. 3, co. 2, L. r. 28/99 ⁽¹⁾ ^(?);</p> <p><input type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31.05.1965, n.575" (antimafia) ^(?);</p> <p><input type="checkbox"/> (eventuale) di aver rispettato le norme di occupazione suolo pubblico.</p> |
|--|

⁽¹⁾ Non possono esercitare l'attività commerciale, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione:

- a) Coloro che sono stati dichiarati falliti;
- b) Coloro che hanno riportato una condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata in concreto una pena superiore al minimo edittale;
- c) Coloro che hanno riportato una condanna a pena detentiva accertata, con sentenza passata in giudicato, per uno dei delitti di cui al titolo II e VIII del libro II del codice penale, ovvero di ricettazione, riciclaggio, emissione di assegni a vuoto, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, sequestro di persona a scopo di estorsione, rapina;
- d) Coloro che hanno riportato due o più condanne a pena detentiva o a pena pecuniaria, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, accertate con sentenza passata in giudicato, per uno dei delitti previsti dagli artt. 442, 444, 513, 513 bis, 515, 516 e 517 del codice penale, o per delitti di frode nella preparazione o nel commercio degli alimenti, previsti da leggi speciali;
- e) Coloro che sono sottoposti ad una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27.12.1956, n.1423, o nei cui confronti sia stata applicata una delle misure previste dalla legge 31.05.1965, n.575, ovvero siano stati dichiarati delinquenti abituali professionali o per tendenza.

Il divieto di esercizio dell'attività commerciale permane per la durata di cinque anni a decorrere dal giorno in cui la pena è stata scontata o si sia in altro modo estinta, ovvero, qualora sia stata concessa la sospensione condizionale della pena, dal giorno del passaggio in giudicato della sentenza.

⁽²⁾ In caso di società, tutte le persone di cui al D.P.R. 252/1998 art. 2 devono effettuare questa autodichiarazione contenuta nell'allegato A.

Data _____

Firma del titolare o legale rappresentante

Da compilare solo per il commercio relativo al settore alimentare (DITTA INDIVIDUALE)

- aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare:
denominazione dell'Istituto _____
sede _____ data conseguimento attestato _____
- aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari per almeno 2 anni nell'ultimo quinquennio:
tipo di attività _____ dal _____ al _____
n. di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____ n. R.E.A. _____
- aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari per almeno 2 anni nell'ultimo quinquennio:
o quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
nome impresa _____ sede _____ n. REA _____
o quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
nome impresa _____ sede _____ n. REA _____
- essere stato iscritto nell'ultimo quinquennio al Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di _____
_____ con il n. _____ per il commercio delle tabelle merceologiche _____

OPPURE

(decreto assessoriale n. 1759 del 25 ottobre 2000)

Di essere in possesso di uno dei seguenti titoli:

- Titolo di studio di scuola media di secondo grado ed universitari equiparati ai corsi professionali di cui all'art. 3 comma 3, lettera a) della legge regionale 22 dicembre 1999, n. 28 e precisamente:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Addetto ai servizi alberghieri, di sala e bar; | <input type="checkbox"/> Diploma agrotecnico; |
| <input type="checkbox"/> Addetto ai servizi alberghieri di cucina; | <input type="checkbox"/> Diploma perito commerciale; |
| <input type="checkbox"/> Operatore agricolo; | <input type="checkbox"/> Diploma tecnico chimico; |
| <input type="checkbox"/> Operatore agro ambientale; | <input type="checkbox"/> Diploma di ragioniere; |
| <input type="checkbox"/> Operatore chimico e biologico; | <input type="checkbox"/> Diploma perito chimico; |
| <input type="checkbox"/> Operatore dei servizi di ristorazione (settore cucina); | <input type="checkbox"/> Diploma perito industria alimentare; |
| <input type="checkbox"/> Operatore dei servizi di ristorazione (settore sala-bar); | <input type="checkbox"/> Diploma scientifico ad indirizzo biologico; |
| <input type="checkbox"/> Agrotecnico; | <input type="checkbox"/> Diploma tecnico agrario; |
| <input type="checkbox"/> Tecnico chimico e biologo; | <input type="checkbox"/> Diploma professionale agrario; |
| <input type="checkbox"/> Tecnico dei servizi della ristorazione; | <input type="checkbox"/> Diploma professionale alberghiero; |
- Laurea in _____
 Diploma di laurea in _____
Conseguito presso _____ in data _____
- Attestato di abilitazione conseguito a seguito di esami sostenuti in data _____ davanti a:
o La Commissione istituita presso la Camera di Commercio di _____ a norma della legge 287/91;
o La Commissione nominata dall'Ente _____ autorizzata a norma dell'art. 4 della legge regionale n. 28/99 e relative norme attuative.
- Iscrizione al Registro Esercenti il Commercio (R.E.C.) per la somministrazione al pubblico di alimenti e bevande presso la CCIAA di _____ con il n° _____ del _____;

Da compilare solo per il commercio relativo al settore alimentare (SOCIETA')

Che i requisiti professionali di cui all'art. 3, comma 3, della L.R. n. 28/99 sono posseduti dal/la signor/a _____
_____ che ha compilato la dichiarazione di cui all'allegato B.

Data _____


Firma del titolare o legale rappresentante

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O DELEGATO
(solo in caso di società esercente attività del settore alimentare)

Cognome	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita <input type="text"/>
	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita: Stato <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>
	Cittadinanza <input type="text"/>
Residenza: Via/Piazza, ecc. <input type="text"/>	N. Civ <input type="text"/>
Comune e provincia <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
Nella qualità di: <input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE <input type="checkbox"/> DESIGNATO DELEGATO in data <input type="text"/>	
della Società _____	
DICHIARA	
1) di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art.5, commi 2 e 4 del d.lgs. 114/98 come richiamati dall'art. 3, co. 2, Legge Regionale 28/99;	
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);	
3) di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:	
<input type="checkbox"/> aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare: denominazione dell'Istituto _____ sede _____ data conseguimento attestato _____	
<input type="checkbox"/> aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari tipo di attività _____ dal _____ al _____ n. di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____ n. R.E.A. _____	
<input type="checkbox"/> aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari: <input type="checkbox"/> quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ nome impresa _____ sede _____ n. REA _____ <input type="checkbox"/> quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ nome impresa _____ sede _____ n. REA _____	
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di uno dei requisiti previsti dal D.A. n. 1759 del 25/10/2000 e precisamente: _____ _____	
Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76, DPR 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, DPR 445/2000).	
TUTELA DATI PERSONALI Il sottoscritto dichiara di essere informato che, ai sensi del D.Lgs. 196/03, i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della norma citata. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività di questa amministrazione. In relazione ai predetti trattamenti, si potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03.	
Data _____	Firma _____

Si allega **COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**, in applicazione del DPR 445/00, nell'ipotesi che la sottoscrizione non avvenga dinanzi all'impiegato addetto alla ricezione dell'istanza.

Iscrizione/Cancellazione/Variazione TARSU ALLEGATO C	<i>Riservato all'ufficio</i>	
	Allegato alla _____	
	Numero SUAP _____	

Esercizio di Commercio al Dettaglio di Vicinato

IL SOTTOSCRITTO

Cognome	_____	Nome	_____
C.F.	_____	Luogo di nascita	_____
Data di nascita	____/____/____	e residente a	_____
Via/Piazza	_____		N° _____
nella qualità di	<input type="checkbox"/> Titolare della Ditta Individuale Omonima	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale della società	
P. IVA	_____	Denominazione o ragione sociale	_____

DELL'ESERCIZIO COMMERCIALE UBICATO IN

Via/Piazza _____	N° _____
------------------	----------

CHIEDE
per l'immobile di cui sopra

L'ISCRIZIONE LA CANCELLAZIONE LA VARIAZIONE

NEL RUOLO DELLA TASSA RIFIUTI SOLIDI URBANI

A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le mendaci dichiarazioni e la formazione o uso di atti falsi (Art.76, DPR 445/2000), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, DPR 445/2000)

Di avere una superficie complessiva di mq. _____ così suddivisa:

Mq.	____	Destinati alla vendita
Mq.	____	Destinati agli uffici
Mq.	____	Destinati ai magazzini/deposito
Mq.	____	Destinata a parcheggio
Mq.	____	Destinata a (WC, spogliatoi, ecc.)
Mq.	____	Area destinata a _____

Data di occupazione locali ____ / ____ / ____

ATTIVITA' PREVALENTE _____
ATTIVITA' SECONDARIA _____

Ravanusa, li _____

Il Dichiarante

Riservato al S.U.A.P.

La firma in calce è stata apposta in mia presenza dal Sig. _____
 identificato mediante _____
 Data, _____ L'impiegato addetto _____