

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE**

Al Comune di _____ | | | | | | | |

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita ___ / ___ / ___ Cittadinanza _____ Sesso: M |___| F |___|

Luogo di nascita : Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

in qualità di:
 titolare dell'omonima impresa individuale

Partita IVA (se già iscritto) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____ Tel. _____

N. di iscrizione al Reg. Imprese (se già iscritto) _____ CCIAA di _____

 legale rappresentante della Società

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____ Tel. _____

N. di iscrizione al Reg. Imprese _____ CCIAA di _____

avendo preposto il sig. _____ che ha compilato il quadro autocertificazione B

in possesso dei requisiti professionali come sotto indicati:
 aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalla Regione _____ nome dell'Istituto _____
 _____ sede _____ oggetto del corso _____
 _____ anno di conclusione _____

 di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o della somministrazione di alimenti e bevande:

- nome impresa _____ sede _____
- nome impresa _____ sede _____
- quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
- quale socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
- quale coadiutore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
- quale titolare della ditta individuale, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____

 di essere in possesso del diploma di scuola secondaria superiore o laurea, anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, nome dell'Istituto/Ateneo _____ sede _____
 _____ denominazione del diploma/laurea _____
 _____ anno acquisizione _____

 di essere stato iscritto al R.E.C. presso la C.C.I.A.A. di _____ al n. _____ in data _____

 di aver superato davanti ad apposita commissione costituita dalla Giunta Regionale un esame di idoneità all'esercizio dell'attività, presso la C.C.I.A.A. di _____;

 per i soggetti provenienti da altre Regioni o Paesi dell'Unione Europea, di essere in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività previste dalle rispettive norme (indicare il requisito) _____

TRASMETTE COMUNICAZIONE RELATIVA A :

- A APERTURA PER SUBINGRESSO**
 A1 AFFIDAMENTO IN GESTIONE DI REPARTO
 B AMPLIAMENTO/RIDUZIONE DELLA SUPERFICIE DI SOMMINISTRAZIONE
 C TRASFERIMENTO DI SEDE IN ZONA NON SOTTOPOSTA A PROGRAMMAZIONE

dichiara quanto contenuto nella rispettiva sezione:

SEZIONE A – APERTURA PER SUBINGRESSO

SUBENTRERÀ ALL'IMPRESA

Denominazione _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

titolare della autorizzazione/DIA/SCIA n. _____ **del** _____

di avere la disponibilità per i locali a titolo di _____

siti in Via, Viale, Piazza ecc. _____ **N.** _____

di superficie pari a mq. _____

A carattere: Permanente Stagionale dal ___/___/___ al ___/___/___

A seguito di: o compravendita; o affitto d'azienda; o donazione; o successione; o fusione;
o conferimento; o altre cause (*specificare*) _____

con atto del notaio (cognome, nome e recapito) _____
rep.n. _____ del _____

con scrittura privata autenticata dal notaio (cognome, nome e recapito) _____
rep.n. _____ del _____

SEZIONE A1– AFFIDAMENTO IN GESTIONE DI REPARTO

AFFIDERÀ IN GESTIONE IL REPARTO di _____

ALL'IMPRESA

Denominazione _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

titolare della autorizzazione/DIA/SCIA n. _____ **del** _____

che l'attività è esercitata nei locali siti in Via, Viale, Piazza ecc. _____ **N.** _____

di superficie pari a mq. _____

Come da atto del notaio (cognome, nome e recapito) _____
rep.n. _____ del _____

come da scrittura privata autenticata dal notaio (cognome, nome e recapito)
_____ rep.n. _____ del _____

**SEZIONE B – AMPLIAMENTO/RIDUZIONE SUPERFICIE DI
SOMMINISTRAZIONE****L'ESERCIZIO**

Ubicato in Via, Viale, Piazza ecc. _____ N. _____
di cui alla autorizzazione/D.I.A./S.C.I.A. n. _____ del _____ di mq. _____

SUBIRÀ **o UN AMPLIAMENTO** **o UNA RIDUZIONE**

della superficie di somministrazione che pertanto diverrà pari a mq. _____,
mentre la superficie complessiva dell'esercizio, compresa quella adibita ad usi diversi, è pari a mq. _____
a seguito di (breve descrizione dell'intervento*) _____

** Nella descrizione dell'intervento indicare se l'ampliamento o la riduzione della superficie di vendita sia dovuto a lavori, urbanistico-edilizi, riorganizzazione interne del locale, ecc.*

**SEZIONE B – TRASFERIMENTO DI SEDE
IN ZONA NON SOTTOPOSTA A
PROGRAMMAZIONE****L'ESERCIZIO UBICATO**

Ubicato in Via, Viale, Piazza ecc. _____ N. _____
di cui alla autorizzazione/D.I.A./S.C.I.A. n. _____ del _____ di mq. _____

SARA' TRASFERITO AL NUOVO INDIRIZZO:

Via, Viale Piazza, ecc. _____
Di superficie pari a mq. _____ di cui mq. _____ destinati ad altra attività _____

Attività Esercitata di cui all'autorizzazione Sanitaria o Notifica Inizio Attività Settore Alimentare ai fini della registrazione (indicazione codice ATECO) _____

Attività Esercitata di cui alle denominazioni e/o definizioni di cui all'art. 2.2 della D.G.R. 24/7/2006 n. 864

Allega:

- Quadro autocertificazione A (*legale rappresentate/socio/titolare, nei casi di affidamento in gestione di reparto, da parte del gestore*)
- Quadro autocertificazione B (*nei casi di sub ingresso, affidamento in gestione di reparto e se preposto e/o gestore*)
- Notifica settore Alimentare ai fini della registrazione (*nei casi di affidamento in gestione di reparto, da parte del gestore*).
- Atto attestante la disponibilità dei locali
- Previsione di impatto acustico, se vengano utilizzate sorgenti sonore significative o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di non utilizzo di sorgenti sonore significative (*solo per l'ampliamento/riduzione della superficie di somm.ne e trasferimento di sede*)
- Copia di un documento di identità in corso di validità

_____ lì _____

_____ *FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante*