

| ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE (A CURA DELL'UFFICIO) |                   |               |  |                 |
|---|-------------------|---------------|--|-----------------|
| 1   | Ufficio ricevente | Presentata il | Modalità di inoltro  | Data protocollo |
|   |                   |               | <input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/> a mano<br><input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> via telematica |                 |
| NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA                                   |                   |               |  |                 |

Al SUAP del Comune di .....

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

**TRASMETTE COMUNICAZIONE RELATIVA A:**

| Codice  | Nome attività  | Oggetto  |
|---|--|--|
| 0   | <input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti non alimentari                                 | <b>SUBINGRESSO NELL'ATTIVITA' di cui alla <sup>1</sup></b><br><br><input type="checkbox"/> DIA<br><br><input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE N. ____<br><br>del. _____<br>prot. _____ |
|   | <input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti alimentari                                     |  |
|   | <input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti non alimentari                           |  |
|   | <input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti alimentari                               |  |
|   | <input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti non alimentari                          |  |
|   | <input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti alimentari.                             |  |
|   | <input type="checkbox"/> Vendita di quotidiani e periodici. Punti esclusivi e non esclusivi di vendita |  |
|   | <input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche su posteggio fisso                   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche in forma itinerante                  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Esercizi di somministrazione di alimenti e bevande                            |  |
|   | <input type="checkbox"/> Esercizi di somministrazione e preparazione di alimenti e bevande             |  |
|   | <input type="checkbox"/> Mense Aziendali   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Somministrazione congiunta ad attività di pubb.Spett. o trattenimento         |  |
|   | <input type="checkbox"/> Servizi di ristorazione sui mezzi di trasporto pubblico                       |  |
|   | <input type="checkbox"/> Somministrazione di alimenti e bevande riservate ai soci dei circoli          |  |
|   | <input type="checkbox"/> Somministrazione al domicilio del consumatore                                 |  |
|   | <input type="checkbox"/> Spacci interni  |  |
| <input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio per corrispondenza, telefono, radio e televisione |  |  |
| <input type="checkbox"/> Vendita tramite apparecchi automatici                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio o vendita presso il domicilio dei consumatori     |  |  |

<sup>1</sup> Indicare gli estremi del titolo abilitativo rilasciato al soggetto a cui si subentra

**ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:**

| DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE  |   |  |                                    |  |
|--|---|--|------------------------------------|--|
| A1   | Cognome   | Nome   |                                    |  |
|  | Nato a  | Prov.  | il                                 |  |
|  | Residente in  | Prov.  | CAP                                |  |
|  | Via/piazza  | n.   |                                    |  |
|  | Tel.  | Fax  | Cod. fisc.                         |  |
|  | Indirizzo email   |  |                                    |  |
| A2   | <b>IN QUALITA' DI</b>   |  |                                    |  |
|  | <input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale   | <input type="checkbox"/> Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Institore |  |
|  | <input type="checkbox"/> Procuratore abilitato con atto redatto presso lo studio notarile ..... repertorio N° ..... del ..... e registrato a ..... il ..... |  |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Rappresentante comune degli eredi   |   |  |                                    |  |
| A3   | <b>DELLA</b>  |  |                                    |  |
|  | Forma giuridica *   | Denomin.**                                     |                                    |  |
|  | Sede legale nel Comune di ***   |  | Provincia                          |  |
|  | Via/piaz.   | N. civico                                      | CAP                                |  |
|  | Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di   |  | N. iscrizione registro             |  |
|  | Partita IVA   | Codice Fiscale                                 |                                    |  |
| Note:<br>* SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività;<br>*** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1 |   |  |                                    |  |

| INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI |       |          |           |
|--|-------|----------|-----------|
| B  | Via   | Comune   | Prov.     |
|  | Email | Telefono | Cellulare |
|  |       |          | Fax       |

|    |  |        |                     |
|----|--|--------|---------------------|
| C1 | DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELL' <b>ESERCIZIO DI VICINATO</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE: |        |                     |
|    | Indirizzo Via/P.za   | Civico | Piano/scala/interno |
|    | Comune   | Prov.  | CAP                 |
|    | Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio   |        |                     |

|    |  |        |                     |
|----|--|--------|---------------------|
| C2 | DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA <b>MEDIA STRUTTURA</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE: |        |                     |
|    | Indirizzo Via/P.za   | Civico | Piano/scala/interno |
|    | Comune   | Prov.  | CAP                 |
|    | Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio   |        |                     |

|    |   |        |                     |
|----|---|--------|---------------------|
| C3 | DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA <b>GRANDE STRUTTURA</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE: |        |                     |
|    | Indirizzo Via/P.za  | Civico | Piano/scala/interno |
|    | Comune  | Prov.  | CAP                 |
|    | Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio  |        |                     |

|    |  |        |                     |
|----|--|--------|---------------------|
| C4 | DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE NEL PUNTO <input type="checkbox"/> ESCLUSIVO <input type="checkbox"/> NON ESCLUSIVO DI <b>VENDITA DI STAMPA QUOTIDIANA E PERIODICA</b> UBICATO OVE SEGUE: |        |                     |
|    | Indirizzo Via/P.za   | Civico | Piano/scala/interno |
|    | Comune   | Prov.  | CAP                 |
|    | Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio   |        |                     |

|    |  |      |         |        |
|----|--|------|---------|--------|
| C5 | DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO SU AREE PUBBLICHE</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA, ESERCITATA NEL SEGUENTE POSTEGGIO: |      |         |        |
|    | Conc. del  | Num. | Mercato | Comune |
|    | Numero del posteggio   |      | Fiera   | Comune |
|    | Ubicazione   |      |         |        |
|    | Dichiarando inoltre <input type="checkbox"/> di aver presentato <input type="checkbox"/> che presenterà domanda di concessione di posteggio al Comune competente   |      |         |        |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| C6 | DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO SU AREE PUBBLICHE IN FORMA ITINERANTE</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA |  |  |
|----|--|--|--|

|    |   |        |                     |
|----|---|--------|---------------------|
| C7 | DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELL' <b>ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE</b> UBICATO OVE SEGUE:            |        |                     |
|    | Indirizzo Via/P.za  | Civico | Piano/scala/interno |
|    | Comune  | Prov.  | CAP                 |
|    | <i>(n.b. compilare anche per mense aziendali, circoli privati, ed attività di somministrazione congiunta ad al tra attività di pubblico spettacolo e/o trattenimento)</i> |        |                     |

|    |  |        |                     |
|----|--|--------|---------------------|
| C8 | DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLO <b>SPACCIO INTERNO</b> UBICATO OVE SEGUE: |        |                     |
|    | Indirizzo Via/P.za   | Civico | Piano/scala/interno |
|    | Comune   | Prov.  | CAP                 |
|    | Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio   |        |                     |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| C9 | DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO PER CORRISPONDENZA, TELEFONO, TELEVISIONE ETC.</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA |  |  |
|----|---|--|--|

|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
| C10 | DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO MEDIANTE APPARECCHI AUTOMATICI</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA |  |  |
|-----|---|--|--|

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| C11 | DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI <b>COMMERCIO AL DETTAGLIO PRESSO IL DOMICILIO DEI CONSUMATORI</b> DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE PER EFFETTO DEL TRASFERIMENTO DELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA RELATIVA AZIENDA |  |  |
|-----|--|--|--|

|  |   |  |  |                        |            |
|--|---|--|--|------------------------|------------|
| <b>CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ/ESERCIZIO INDICATO NEL QUADRO C ERA IL SEGUENTE SOGGETTO</b> (compilare il presente quadro in caso di imprenditore individuale): |   |  |  |                        |            |
| <b>D</b>   | Cognome   |  | Nome   |                        |            |
|  | Nato a  |  | Prov.  | il                     |            |
|  | Residente in  |  | Prov.  | CAP                    |            |
|  | Via/piazza  |  |  |                        | n.         |
|  | Tel.  |  | Fax  | Cod. fisc.             |            |
|  | Indirizzo email   |  |  |                        |            |
|  | Denominazione Impresa o Ditta (se presente)   |  |  |                        |            |
|  | Sede legale nel Comune di (se diversa dalla residenza)  |  |  |                        | Provincia  |
|  | Via/piaz.   |  | N. civico  | CAP                    |            |
|  | Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di   |  |  | N. iscrizione registro |            |
|  | Partita IVA   |  | Codice Fiscale   |                        |            |
|  | <b>CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ/ESERCIZIO INDICATO NEL QUADRO C ERA LA SOCIETÀ'</b> (compilare il presente quadro in caso società): |  |  |                        |            |
| <b>D1</b>  | Forma giuridica *   |  | Denomin.   |                        |            |
|  | Sede legale nel Comune di   |  |  |                        | Provincia  |
|  | Via/piaz.   |  | N. civico  | CAP                    |            |
|  | Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di   |  |  | N. iscrizione registro |            |
|  | Partita IVA   |  | Codice Fiscale   |                        |            |
| <i>Note:</i><br>* SNC, SAS, SPA, SRL, etc.   |   |  |  |                        |            |
| <b>DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO - <input type="checkbox"/> ATTO TRA VIVI</b>  |   |  |  |                        |            |
| <b>D2</b>  | Estremi atto: Data  |  | Notaio   | Rep. n.                | Registr. a |
|  | Data e num  |  |  |                        |            |
|  | <b>NATURA DELL'ATTO</b>   |  |  |                        |            |
|  | <input type="checkbox"/> vendita o donazione di azienda   |  | <input type="checkbox"/> affitto di azienda  |                        |            |
|  | <input type="checkbox"/> fusione o scissione di società con trasferimento di azienda  |  | <input type="checkbox"/> risoluzione atto di vendita, donazione o affitto di azienda |                        |            |
|  | <input type="checkbox"/> conferimento di azienda in società   |  | <input type="checkbox"/> scadenza di contratto di affitto                            |                        |            |
| <input type="checkbox"/> altre cause   |   |  |  |                        |            |
| Data di decorrenza degli effetti giuridici degli atti sopra indicati (se presente):  |   |  |  |                        |            |
| <b>DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO</b>   |   |  |  |                        |            |
| <b>D3</b>  | <input type="checkbox"/> <b>PER CAUSA DI MORTE</b> (indicare gli estremi dell'atto di pubblicazione del testamento)   |  |  |                        |            |
|  | Data dell'atto  |  | Notaio   | Rep. n.                | Registr. a |
|  | Data e num  |  |  |                        |            |
| <b>NATURA DELLA SUCCESSIONE</b>  |   |  |  |                        |            |
| <input type="checkbox"/> SUCCESSIONE LEGITTIMA   |   | <input type="checkbox"/> SUCCESSIONE TESTAMENTARIA |  |                        |            |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>  |  |  |  |  |
| <b>E</b>  | <b>Il sottoscritto si impegna:</b>   |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> al mantenimento dei livelli occupazionali già operanti nell'esercizio nel quale subentra;   |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> al rispetto dei contratti collettivi di lavoro e dei contratti integrativi siglati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.   |  |  |  |
|   | <b>Il sottoscritto dichiara</b>  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> che non sono state apportate modifiche ai locali ed agli impianti utilizzati per lo svolgimento dell'attività in cui subentra.  |  |  |  |
|   | - che nel locale <input type="checkbox"/> viene <input type="checkbox"/> non viene svolta altra attività   |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio sono state rispettate le relative norme speciali (erboristeria, ottico, ortopedico);    |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica sanitaria ai sensi dell'art.6 reg.to CE n. 852/04 – dpgr n.40 del 1/08/2006 (solo per il settore alimentare e per la somministrazione)               |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> di aver presentato notifica sanitaria ai sensi dell'art.6 reg.to CE n. 852/04 – dpgr n.40 del 1/08/2006 (solo per il settore alimentare e per la somministrazione)                          |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che dovrà presentare notifica sanitaria ai sensi dell'art.6 reg.to CE n. 852/04 – dpgr n.40 del 1/08/2006 (solo per il settore alimentare e per la somministrazione) |  |  |  |
| <b>COMPILARE SOLO IN CASO DI GRANDI STRUTTURE DI VENDITA</b>  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di aver aderito all'atto d'obbligo previsto dall'art. 19, 1°c lett. J) del D PGR 01/04/2009 n.15/r, già assunto dal precedente titolare o dante causa |  |  |  |  |

|  |   |               |                |                |
|--|---|---------------|----------------|----------------|
| <b>F</b>   | <b>REQUISITI PERSONALI</b>  |               |                |                |
| <b>F1</b>  | <b>REQUISITI DI ONORABILITA'</b>  |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere b), c), d), e), f),g) comma 4, comma 5 dell'art. 13 lr. 7.2.2005 n. 28.  |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere b), c), d), e), f),g), comma 2, comma 4, comma 5 dell'art. 13 lr. 7.2.2005 n. 28. <i>(NB. Compilare in caso di subingresso in esercizi di somministrazione o in attività di commercio su aree pubbliche con abilitazione alla somministrazione)</i>  |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia).  |               |                |                |
| Trattandosi di società od organismi collettivi di cui comma 6 dell'art. 13 lr. 7.2.2005 n. 28 si allega alla presente <b>N. _____</b><br><b>DICHIARAZIONI COMPILATE</b> di cui all'allegato 1. |   |               |                |                |
| <b>F2</b>  | <b>REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI</b>   |               |                |                |
|  | Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 14 della lr. 7.2.2005 n. 28 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:   |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Corso riconosciuto</b> (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso e la data di svolgimento):<br>_____   |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Esperienza</b> (indicare se in proprio, in qualità di dipendente, o in qualità di collaboratore familiare [coniuge dell'imprenditore, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo]; indicare il soggetto presso il quale è stata svolta l'attività, il periodo di svolgimento e gli estremi di iscrizione all'INPS )<br>_____<br>_____   |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Titolo di studio</b> (indicare la tipologia del titolo ottenuto e la data del conseguimento)<br>_____   |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> (attività lavorativa all'estero, titolo conseguito all'estero, iscrizione a REC), articolo 14 comma 3, 4, 5 L.R. 7.2.2005 n. 28:<br>_____<br>_____  |               |                |                |
|  | <b>Solo per le società:</b><br><b>il sottoscritto dichiara che i requisiti professionali sono posseduti dal seguente soggetto e pertanto unisce la dichiarazione di cui all'allegato 2:</b>   |               |                |                |
|  | Cognome   |               | Nome           |                |
|  | Nato a  |               | Prov.          | il             |
|  | Residente in  |               | Prov.          | CAP            |
| Via/piazza   |   |               | n.             |                |
| Tel.   |   | Fax           | Cod. fisc.     |                |
| <b>F3</b>  | <b>COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO</b>  |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *   |               |                |                |
|  | N.  | Rilasciato da | il             | Valido fino al |
|  | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *  |               |                |                |
| N.   | Rilasciato da   | il            | Valida fino al |                |
| * Specificare il motivo del rilascio   |   |               |                |                |
| <b>G</b>   | <b>TRATTAMENTO DATI PERSONALI</b>   |               |                |                |
|  | <input type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del <b>D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:</b><br>- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo;<br>- che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale;<br>- che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici;<br>- di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge |               |                |                |

L'interessato deve firmare\* il presente modello  
**L'interessato**

Data e luogo

\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica

**Allegati:**

- 1. Dichiarazioni di altre persone (allegato 1): allegare per ogni soggetto fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità**
- 2. Dichiarazione del legale rappresentante o preposto (allegato 2).**
- 3. Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse**

**Dati anagrafici degli eventuali soggetti con poteri di rappresentanza:**

|                                      |  |               |       |                |
|--------------------------------------|--|---------------|-------|----------------|
| <b>1</b>                             | <b>Primo dichiarante</b>   |               |       |                |
|                                      | Cognome  |               | Nome  |                |
|                                      | Nato a   |               | Prov. | il             |
|                                      | Residente in   |               | Prov. | CAP            |
|                                      | Via/piazza   |               |       | n.             |
|                                      | Codice fiscale (16 caratteri)  |               |       |                |
|                                      | Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) <sup>1</sup> |               |       |                |
|                                      | <sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario                  |               |       |                |
|                                      | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *                            |               |       |                |
|                                      | N.   | Rilasciato da | il    | Valido fino al |
|                                      | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *                               |               |       |                |
|                                      | N.   | Rilasciato da | il    | Valida fino al |
| * Specificare il motivo del rilascio |  |               |       |                |
| <b>2</b>                             | <b>Secondo dichiarante</b>   |               |       |                |
|                                      | Cognome  |               | Nome  |                |
|                                      | Nato a   |               | Prov. | il             |
|                                      | Residente in   |               | Prov. | CAP            |
|                                      | Via/piazza   |               |       | n.             |
|                                      | Codice fiscale (16 caratteri)  |               |       |                |
|                                      | Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) <sup>1</sup>       |               |       |                |
|                                      | <sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario                  |               |       |                |
|                                      | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *                            |               |       |                |
|                                      | N.   | Rilasciato da | il    | Valido fino al |
|                                      | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *                               |               |       |                |
|                                      | N.   | Rilasciato da | il    | Valida fino al |
| * Specificare il motivo del rilascio |  |               |       |                |
| <b>3</b>                             | <b>Terzo dichiarante</b>   |               |       |                |
|                                      | Cognome  |               | Nome  |                |
|                                      | Nato a   |               | Prov. | il             |
|                                      | Residente in   |               | Prov. | CAP            |
|                                      | Via/piazza   |               |       | n.             |
|                                      | Codice fiscale (16 caratteri)  |               |       |                |
|                                      | Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) <sup>1</sup>       |               |       |                |
|                                      | <sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario                  |               |       |                |
|                                      | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per (specificare il motivo)      |               |       |                |
|                                      | N.   | Rilasciato da | il    | Valido fino al |
|                                      | <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per (specificare il motivo)         |               |       |                |
|                                      | N.   | Rilasciato da | il    | Valida fino al |

**DICHIARANO**

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dal comma 1 lettere b, c, d, e, f, g dell'art. 13 l. 7.2.2005 n. 28.
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia).

di essere informati ai sensi del **D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:**

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge;

Firma\* del primo dichiarante

Firma\* del secondo dichiarante

Firma\* del terzo dichiarante

.....

Data .....

\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di cittadino extracomunitario allegare

|  |               |       |                |
|--|---------------|-------|----------------|
| <b>Il sottoscritto</b>   |               |       |                |
| Cognome  |               | Nome  |                |
| Nato a   |               | Prov. | il             |
| Codice fiscale (16 caratteri)  |               |       |                |
| Residente in   |               | Prov. | CAP            |
| Via/piazza   |               |       | n.             |
| Codice fiscale (16 caratteri)  |               |       |                |
| Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) <sup>1</sup> |               |       |                |
| <sup>1</sup> Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario            |               |       |                |
| <input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *                      |               |       |                |
| N.   | Rilasciato da | il    | Valido fino al |
| <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *                         |               |       |                |
| N.   | Rilasciato da | il    | Valida fino al |
| * Specificare il motivo del rilascio   |               |       |                |

**DICHIARA**

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 14 della lr. 7.2.2005 n. 28 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:

**Corso riconosciuto** (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso e la data di svolgimento):

**Esperienza** (indicare se in proprio, in qualità di dipendente, o in qualità di collaboratore familiare [coniuge dell'imprenditore, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo]; indicare il soggetto presso il quale è stata svolta l'attività, il periodo di svolgimento e gli estremi di iscrizione all'INPS )

**Titolo di studio** (indicare la tipologia del titolo ottenuto e la data del conseguimento)

**Altro** (attività lavorativa all'estero, titolo conseguito all'estero, iscrizione a REC), articolo 14 comma 3, 4, 5 L.R 7.2.2005 n. 28:

**DI ACCETTARE L'INCARICO DI PREPOSTO DELL'ATTIVITA' COMMERCIALE**

Dichiara inoltre di essere informato ai sensi del **D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:**

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo;
- che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale;
- che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici;

di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge

L'interessato deve firmare\* il presente modello  
**L'interessato**

Data e luogo

\* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica