

MOD. R5/AP

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
CHIARAVALLECOMUNICAZIONE PER IL RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE
ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI COMMERCIO SU AREE PUBBLICHE
RELATIVA A SUBINGRESSO

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME _____

NOME _____

C.F. _____

SESSO: FEMMINILE MASCHILE

DATA DI NASCITA ____/____/____

CITTADINANZA _____

LUOGO DI NASCITA:

STATO _____ PROVINCIA _____ COMUNE _____

RESIDENZA: PROVINCIA _____ COMUNE _____

VIA/PIAZZA _____ N. CIVICO _____ C.A.P. _____

IN QUALITÀ DI:

π TITOLARE DELL'OMONIMA IMPRESA INDIVIDUALE

P. I.V.A. (se già iscritto) _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Telefono _____

N. di iscrizione al Registro Imprese – settore commercio su aree pubbliche (se già
iscritto) _____ data _____

C.C.I.A.A. di _____

π LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ O ASSOCIAZIONE O ENTE:

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Telefono _____

N. di iscrizione al Registro Imprese _____ data _____

C.C.I.A.A. di _____

Codice Fiscale _____

P. I.V.A. (se diversa da C.F.) _____

COMUNICA

L'AVVENUTO SUBINGRESSO NELL'AUTORIZZAZIONE N. _____ RILASCIATA IN DATA _____

DAL COMUNE DI _____ E INTESTATA A _____

NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

_____ PROVINCIA _____

VIA / PIAZZA _____ N. _____ C.A.P. _____

A SEGUITO DI (barrare il riquadro che interessa)

π COMPRAVENDITA DELL'AZIENDA DI CUI ALL'ATTO N. _____ DEL _____

π AFFITTO AZIENDA DI CUI ALL'ATTO N. _____ DEL _____

π SUCCESSIONE DI CUI ALL'ATTO N. _____ DEL _____

π ALTRE CAUSE (da specificare) _____

SETTORE MERCEOLOGICO

ALIMENTARE π

NON ALIMENTARE π

E CHIEDE LA VOLTURA DELL'AUTORIZZAZIONE A PROPRIO NOME

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- di possedere i requisiti morali previsti dall'art.5, commi 2 e 4, del Decreto Legislativo n.114/98;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.10 della Legge n.575 del 31.5.1965, e successive modificazioni ed integrazioni.

DA COMPILARE SOLO PER IL COMMERCIO DEL SETTORE ALIMENTARE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI PROFESSIONALI:

π di essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di _____ n. _____ data _____
per le seguenti tabelle merceologiche _____;

π di aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare: nome dell'Istituto _____
sede _____ data _____;

π di aver esercitato in proprio l'attività di vendita dei prodotti alimentari:
tipo di attività _____ dal _____ al _____
n. iscrizione Registro Imprese _____ CCIAA di _____
n. R.E.A. _____;

π di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare:
nome impresa _____ sede _____
nome impresa _____ sede _____
quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____

PER LE SOCIETÀ:

➤ che i requisiti professionali di cui ai punti precedenti sono posseduti dal/la Signor/a:

in qualità di:

π SOCIO

π LEGALE RAPPRESENTANTE

π PREPOSTO

π ALTRO (da specificare) _____

DA COMPILARE SOLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

- di essere iscritto al REC della CCIAA di _____ al n. _____
in data _____ per la somministrazione al pubblico di alimenti e
bevande (S.A.B.).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art.26 della L. 4.1.1968, n.15 e successive modificazioni e integrazioni.

FIRMA DEL TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE *

.....

DATA

(*) L'ISTANZA DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA SECONDO LE MODALITÀ PREVISTE DALL'ART.2, COMMA 10, DELLA LEGGE N.191/98 (SOTTOSCRIZIONE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO OVVERO PRESENTAZIONE CONGIUNTA DELLA COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ).