

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 <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	SUBINGRESSO NELL'ATTIVITA' di cui alla ¹ <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> AUTORIZZAZIONE N. ____ del. _____ 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"/> Commercio stampa quotidiana e periodica	
	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche su posteggio	
	<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"/> Somministrazione mediante distributori automatici	
	<input type="checkbox"/> Mense Aziendali	
	<input type="checkbox"/> Somministrazione congiunta ad attività prevalente di pubb.Spett. o	
	<input type="checkbox"/> Somministrazione congiunta ad attività prevalente di pubb.Spett. o	
	<input type="checkbox"/> Somministrazione congiunta ad attività prevalente di pubb.Spett. o	
	47.100R	
47.101R	<input type="checkbox"/> Esercizi di vicinato. Prodotti alimentari	
47.102R	<input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti non alimentari	
47.103R	<input type="checkbox"/> Media struttura di vendita. Prodotti alimentari	
47.104R	<input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti non alimentari	
47.105R	<input type="checkbox"/> Grande struttura di vendita. Prodotti alimentari	
47.79.5R	<input type="checkbox"/> Commercio stampa quotidiana e periodica	
47.80R	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche su posteggio	
47.82R	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio su aree pubbliche in forma itinerante	
56.101R	<input type="checkbox"/> Esercizi di somministrazione di alimenti e bevande	
56.105R	<input type="checkbox"/> Esercizi di somministrazione e preparazione di alimenti e bevande	
56.109R	<input type="checkbox"/> Somministrazione mediante distributori automatici	
56.201R	<input type="checkbox"/> Mense Aziendali	
56.207R	<input type="checkbox"/> Somministrazione congiunta ad attività prevalente di pubb.Spett. o	
56.208R	<input type="checkbox"/> Somministrazione congiunta ad attività prevalente di pubb.Spett. o	
56.210R	<input type="checkbox"/> Somministrazione/preparazione alimenti e bevande riservate ai soci Circoli	
56.206R	<input type="checkbox"/> Somministrazione al domicilio del consumatore (catering)	
56.211R	<input type="checkbox"/> Somministrazione e preparazione di alimenti in impianti di carburante nuovi o esistenti	
47.106R	<input type="checkbox"/> Spacci interni	
47.91R	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio per corrispondenza, telefono, radio/televis.ne/internet	
47.93R	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio per mezzo di apparecchi automatici	
47.94R	<input type="checkbox"/> Commercio al dettaglio o vendita presso il domicilio dei consumatori	

¹ 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	IN QUALITA' DI			
	<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	DELLA			
	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: * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** 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
			CAP
			Fax

C1	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELL' ESERCIZIO DI VICINATO DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP
	Tabelle speciali <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie mq _			

C2	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA MEDIA STRUTTURA DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP
	Tabelle speciali <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie mq _			

C3	DI ESSERE SUBENTRATO NELLA <input type="checkbox"/> PROPRIETA' <input type="checkbox"/> GESTIONE DELLA GRANDE STRUTTURA DEL/DEI SETTORE/I <input type="checkbox"/> ALIMENTARE <input type="checkbox"/> NON ALIMENTARE UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP
	Tabelle speciali <input type="checkbox"/> Generi di monopolio <input type="checkbox"/> Farmacie mq _			

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 VENDITA DI STAMPA QUOTIDIANA E PERIODICA UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP

C5	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI COMMERCIO AL DETTAGLIO SU AREE PUBBLICHE 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			
	Posteggio fuori mercato n. _____ ubicazione _____			

C6	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI COMMERCIO AL DETTAGLIO SU AREE PUBBLICHE IN FORMA ITINERANTE 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' ESERCIZIO DI SOMMINISTRAZIONE UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	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 SPACCIO INTERNO UBICATO OVE SEGUE:			
	Indirizzo Via/P.za		Civico	Denomin. Insegna
	Comune		Prov.	CAP

C9	DI ESSERE SUBENTRATO NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI COMMERCIO AL DETTAGLIO PER CORRISPONDENZA, TELEFONO, TELEVISIONE ETC. 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 COMMERCIO AL DETTAGLIO O SOMMINISTRAZIONE MEDIANTE APPARECCHI AUTOMATICI 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 COMMERCIO AL DETTAGLIO PRESSO IL DOMICILIO DEI CONSUMATORI 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			
-----	--	--	--	--

CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ/ESERCIZIO INDICATO NEL QUADRO C ERA IL SEGUENTE SOGGETTO (compilare il presente quadro in caso di imprenditore individuale):					
D	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		
CHE IL PRECEDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> GESTORE DELL'ATTIVITÀ/ESERCIZIO INDICATO NEL QUADRO C ERA LA SOCIETÀ' (compilare il presente quadro in caso società):					
D1	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> * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.					
DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO - <input type="checkbox"/> ATTO TRA VIVI					
D2	Estremi atto: Data		Notaio	Rep. n.	Registr. a
	Data e num				
	NATURA DELL'ATTO				
	<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):					
DICHIARAZIONI RELATIVE AL TITOLO IN VIRTU' DEL QUALE E' AVVENUTO IL SUBINGRESSO					
D3	<input type="checkbox"/> PER CAUSA DI MORTE (indicare gli estremi dell'atto di pubblicazione del testamento)				
	Data dell'atto		Notaio	Rep. n.	Registr. a
	Data e num				
NATURA DELLA SUCCESSIONE					
<input type="checkbox"/> SUCCESSIONE LEGITTIMA			<input type="checkbox"/> SUCCESSIONE TESTAMENTARIA		

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITÀ'				
E	Il sottoscritto si impegna:			
	<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.			
	Il sottoscritto dichiara			
	<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)			
	COMPILARE SOLO IN CASO DI GRANDI STRUTTURE DI VENDITA			
<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				

F	REQUISITI PERSONALI			
	REQUISITI DI ONORABILITA'			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere a), b), c), d), e), f) dell'art. 71 del D.lgs 26.3.2010 n. 59.			
F1	<input type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 lettere a), b), c), d), e), f) e comma 2, dell'art. 71 del D.lgs 26.3.2010 n. 59. <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 5 dell'art. 71 del D.lgs 26.3.2010 n. 59 si allega alla presente N. DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.			
	REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI			
	Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dall'art. 71, comma 6 lettere a), b), c) del D.lgs 26.3.2010 n. 59 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:			
	<input type="checkbox"/> Corso riconosciuto (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso, la durata e le date di svolgimento): _____			
	<input type="checkbox"/> Esperienza professionale (indicare se in proprio, in qualità di dipendente, o in qualità di coadiutore 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) _____			
F2	<input type="checkbox"/> Titolo di studio (indicare la tipologia del titolo ottenuto e la data del conseguimento) _____			
	<input type="checkbox"/> Altro (titolo conseguito all'estero e riconosciuto in Italia; iscrizione al REC etc.): _____			
	Solo per le società: il sottoscritto dichiara che i requisiti professionali sono posseduti dal seguente soggetto e pertanto unisce la dichiarazione di cui all'allegato 2:			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.		Fax	Cod. fisc.
	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *			
F3	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			
	TRATTAMENTO DATI PERSONALI			
G	<input type="checkbox"/> 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			

Data e luogo

Il Dichiarante

* 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 il dichiarante intende fornire nel proprio interesse

Dati anagrafici degli eventuali soggetti con poteri di rappresentanza:

1	Primo dichiarante			
	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) ¹			
	¹ 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				
2	Secondo dichiarante			
	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) ¹			
	¹ 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				
3	Terzo dichiarante			
	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) ¹			
	¹ 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 necessari per l'esercizio dell'attività di cui al comma 1 lett. a) b), c), d), e), f), dell'art. 71 del D.lgs 26.3.2010 n. 59.
- 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

Il sottoscritto			
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) ¹			
¹ 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. 71, comma 6 lettere a), b), c) del D.lgs 26.3.2010 n. 59 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:

Corso riconosciuto (indicare espressamente l'ente presso il quale è stato svolto il corso, la durata e le date di svolgimento):

Esperienza professionale (indicare se in proprio, in qualità di dipendente, o in qualità di coadiutore 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: (titolo conseguito all'estero e riconosciuto in Italia; iscrizione al REC etc.):

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

Data e luogo

Il Dichiarante

* 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