

**Commercio su aree pubbliche in forma itinerante  
Inizio – Modifica – Subingresso - Cessazione**

# C O M U N E D I L U C E R A

Provincia di Foggia

## S E R V I Z I O S U A P

**Al Servizio SUAP  
del Comune di Lucera  
Via Don Minzoni 99**

compilare in stampatello

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Codice Fiscale : \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

via / piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di (barrare la casella che interessa)

**titolare della omonima impresa individuale**

Partita IVA : \_\_\_\_\_

Con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Iscritta al registro della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al Nnr. \_\_\_\_\_

**legale rappresentante della Società:**

Partita IVA : \_\_\_\_\_

Denominazione o ragione Sociale \_\_\_\_\_

Con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Iscritta al registro della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al nr. \_\_\_\_\_

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. 76 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445} sotto la propria responsabilità.

### TRASMETTE SEGNALAZIONE RELATIVA A:

	attività	Oggetto	
0	<b>COMMERCIO SU AREA PUBBLICA IN FORMA ITINERANTE (TIP. B) di</b>	<input type="checkbox"/> INIZIO ATTIVITÀ'	<input type="checkbox"/> CESSAZIONE
	<input type="checkbox"/> <b>Prodotti alimentari</b> <input type="checkbox"/> <i>con somministrazione</i> <input type="checkbox"/> <i>senza somministrazione</i> <input type="checkbox"/> <b>Prodotti non alimentari</b>	<input type="checkbox"/> <b>SUBINGRESSO</b>	<input type="checkbox"/> <b>VARIAZIONI</b>

# SEGNALA

## INIZIO ATTIVITÀ

<input type="checkbox"/> Di iniziare l'attività di commercio su aree pubbliche in forma itinerante per la vendita di prodotti del settore:
<input type="checkbox"/> <b>ALIMENTARE</b> <input type="checkbox"/> con somministrazione <input type="checkbox"/> senza somministrazione
<input type="checkbox"/> <b>NON ALIMENTARE</b>

## SUBINGRESSO

C	<b>SUBENTRERA' ALL'IMPRESA</b>
	Denominazione: _____
	Codice Fiscale _____
	A seguito di <input type="checkbox"/> <b>compravendita</b> <input type="checkbox"/> <b>affitto d'azienda</b> <input type="checkbox"/> <b>donazione</b> <input type="checkbox"/> <b>fusione</b> <input type="checkbox"/> <b>fallimento</b> <input type="checkbox"/> <b>successione</b> <input type="checkbox"/> <b>altre cause</b> <i>specificare</i> _____
<i>Si ricorda che a norma dell'art. 2556 C.C. i contratti di trasferimento di proprietà o</i>	

## CESSAZIONE ATTIVITÀ

D	<b>CESSA DAL</b> _____ <b>per:</b>
	<input type="checkbox"/> <b>trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa</b>
	<input type="checkbox"/> <b>chiusura definitiva dell'attività</b>

## VARIAZIONE

E	L'attività subirà le seguenti variazioni, a far data dal _____:
	<input type="checkbox"/> <b>aggiunta di settore d vendita</b> <input type="checkbox"/> <b>ALIMENTARE</b> <input type="checkbox"/> <b>NON ALIMENTARE</b> – (descrivere sommariamente la merce da porre in vendita) _____
	<input type="checkbox"/> <b>Variazione natura giuridica della Ditta individuale e/o della Società</b> Da _____ a _____;
	<input type="checkbox"/> <b>Variazione ragione sociale e/o Denominazio</b> Da _____ a _____;
	<input type="checkbox"/> <b>Variazione Legale Rappresentante</b> Da _____ a _____;

F	<b>DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'</b>
	<input type="checkbox"/> di presentare contestualmente notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)
	<input type="checkbox"/> di aver presentato notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)
	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza che dovrà presentare notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/2004 (solo per il settore alimentare)

REQUISITI PERSONALI		
<b>REQUISITI DI ONORABILITA'</b>		
di essere in possesso dei requisiti di onorabilità necessari per l'esercizio dell'attività di cui comma 1 art. 71 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)		
Trattandosi di società od organismi collettivi si allega alla presente N. <b>DICHIARAZIONI COMPILATE</b> di cui all'allegato 1.		
<b>REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI</b>		
Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali prescritti dal comma 6 art. 71 del D.lgs. 59/2010 per l'esercizio dell'attività, ed in particolare:		
<input type="checkbox"/> Aver frequentato con esito positivo il corso professionale che costituisce titolo per il commercio del settore alimentare: nome dell'Istituto _____ con Sede a _____ oggetto del corso _____ matricola corso _____ anno di conclusione _____ Ente che ha rilasciato la qualificazione professionale (indicare la Regione e la Provincia/Circondario): _____ attestato n. _____ del _____		
<input type="checkbox"/> Aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande: Tipo di attività _____ dal _____ al _____ n. di iscrizione al Registro delle Imprese _____ del _____ n. REA _____ del _____ CCIAA di _____		
<input type="checkbox"/> Aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande: Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____ Nome impresa _____ C. F. _____ Sede _____ <b>quale dipendente</b> qualificato addetto alla vendita, alla preparazione o all'amministrazione, o in qualità di socio lavoratore regolarmente iscritto all'INPS (o ad altro istituto di previdenza _____) di _____ dal _____ al _____ <b>quale collaboratore</b> familiare, iscritto all'INPS di _____ dal _____ al _____		
<input type="checkbox"/> Essere in possesso del sotto specificato diploma di scuola secondaria superiore o di laurea anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, nel cui corso di studi sono previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti (indicare il tipo di diploma, il numero identificativo e la data di rilascio, l'Ente che ha proceduto al rilascio) _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> di essere stato iscritto al REC presso la CCIA di _____ al N. _____ in data _____		
<input type="checkbox"/> essendo cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento delle qualifiche per l'attività professionale svolta secondo quanto previsto dal D.L.gvo 20.09.2002 , n° 229 in attuazione della direttiva 1999/42/CE , consistente in _____ prot. n. _____ del _____		
<input type="checkbox"/> essendo cittadino di Stato non appartenente all'Unione Europea, di aver ottenuto il riconoscimento previsto dalle normative nazionali ed internazionali concernente il titolo di studio, consistente in _____ prot. n. _____ del _____		
<b>Solo per le società:</b> il sottoscritto dichiara che i requisiti professionali sono posseduti dal seguente soggetto e pertanto unisce la <b>dichiarazione di cui all'allegato 2</b>		
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	
<b>Nato a</b>	<b>Prov.</b>	<b>il</b>
<b>Residente in</b>	<b>Prov.</b>	<b>CAP</b>
<b>Via/Piazza</b>	<b>n.</b>	
<b>Tel.</b>	<b>Fax</b>	<b>Codice fiscale</b>

Firma del dichiarante

Data .....

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO N. 1** Dichiarazione di altre persone (amministratori, soci) - Dati anagrafici degli eventuali soggetti con poteri di rappresentanza:

1	<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> <i>Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario</i>			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* <i>Specificare il motivo del rilascio</i>			

2	<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"/> altra (specificare) <sup>1</sup>			
	<sup>1</sup> <i>Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario</i>			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* <i>Specificare il motivo del rilascio</i>			

3	<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"/> altra (specificare) <sup>1</sup>			
	<sup>1</sup> <i>Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario</i>			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* <i>Specificare il motivo del rilascio</i>			

**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 soggettivi previsti dagli artt. 11,12, 92 del TULPS.
- Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D. Lgs. 59/2010 e 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 e s.m. (legge 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, 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.*