

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'

(art. 19 della legge 241/90)

ACCONCIATORE

ESTETISTA

NUOVA ATTIVITA'

CUMULO

TRASFERIMENTO

SUBINGRESSO

ALTRO (specificare) _____

Al Comune di CASARANO

075016

UFFICIO COMMERCIO

II/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

C. F. _____

Data di nascita ____/____/____ cittadinanza _____ sesso M F

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc _____ nr _____ C.A.P. _____

Telefono _____ cellulare _____

In qualità di :

Titolare dell'omonima impresa individuale

PARTITA IVA (se già iscritto) _____

n. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____ CCIAA di _____

Legale rappresentante della ditta/società:

C. F. _____

PARTITA IVA (se diversa dal codice fiscale) _____

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia di _____

Via/piazza _____ nr. _____ C.A.P. _____

n. di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

perfettamente conscio delle responsabilità conseguenti alle dichiarazioni mendaci o alle false attestazioni e dei loro effetti fra cui – oltre quelli eventuali di natura penale – l'adozione di sanzioni amministrative, ivi compreso - nel caso di verifica della insussistenza dei presupposti e dei requisiti di legge richiesti o della non veridicità di quanto di seguito dichiarato - il divieto di prosecuzione dell'attività nonché l'impossibilità della sua conformazione alla normativa vigente (Art. 76 D.P.R. 445/2000), **compila e dichiara quanto previsto nelle rispettive sezioni:**

SEGNALA

- | | | |
|------------------|-------------------------|--------------------------|
| SEZIONE A | NUOVA APERTURA | <input type="checkbox"/> |
| SEZIONE B | CUMULO ATTIVITA' | <input type="checkbox"/> |
| SEZIONE C | TRASFERIMENTO | <input type="checkbox"/> |
| SEZIONE D | SUBINGRESSO | <input type="checkbox"/> |

C O M P I L A R E I N S T A M P A T E L L O

SEZIONE A – INIZIO ATTIVITA' **ACCONCIATORE** **ESTETISTA****ALTRO** (specificare) _____

Via, P.zza, ecc _____ nr _____

SEZIONE B – CUMULO ATTIVITA'**All'attività già in esercizio di** **ACCONCIATORE** **ESTETISTA****ALTRO** (specificare) _____

Nel locale sito in Via, P.zza, ecc _____ nr _____

Sarà cumulata l'attività di **ACCONCIATORE** **ESTETISTA****ALTRO** (specificare) _____**SEZIONE C – TRASFERIMENTO****L'attività di** **ACCONCIATORE** **ESTETISTA****ALTRO** (specificare) _____**già in esercizio**

Nel locale sito in Via, P.zza, ecc _____ nr _____

Sarà trasferita

Nel locale sito in Via, P.zza, ecc _____ nr _____

SEZIONE D – SUBINGRESSO**Subentra nell'attività di** **ACCONCIATORE** **ESTETISTA****ALTRO** (specificare) _____

Nel locale sito in Via, P.zza, ecc _____ nr _____

Esercitata da

Cognome _____

Nome _____

C. F. _____

Data di nascita _____

cittadinanza _____

sesso

M

F

Luogo di nascita: Stato _____

Provincia _____

Comune _____

Residenza: Provincia _____

Comune _____

Via, P.zza, ecc _____

nr _____

C.A.P. _____

Telefono _____

cellulare _____

A SEGUITO DI compravendita affitto d'azienda donazione fusione successione Altre cause _____

Si rammenta che a norma dell'art. 2556 c.c. i contratti di trasferimento, di proprietà o gestione di un'azienda commerciale sono stipulati presso un notaio.

SEZIONE E – LOCALI

I locali ubicati in Via, P.zza, nr

hanno una superficie di mq di cui mq destinati all'attività

ha la disponibilità degli stessi a titolo di

gli stessi hanno i requisiti di legge, sotto il profilo della destinazione d'uso urbanistico-edilizia, per

l'esercizio dell'attività ed è stata rilasciata agibilità da

a nome di

in data

che gli stessi, unitamente alle attrezzature impiegate, rispettano i requisiti igienico-sanitari prescritti per l'esercizio dell'attività comunicata

che la ditta avrà la seguente denominazione/insegna

Data

FIRMA del titolare o del legale Rappresentante

L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento

SEZIONE F – AUTOCERTIFICAZIONE**D I C H I A R A A L T R E S I'**

1 di non essere fallito e di non avere procedure fallimentari in corso;

2 di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;

3 che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575" (*antimafia*);

4 di essere in possesso della qualifica professionale per l'attività di

rilasciata il dalla Commissione Provinciale dell'Artigianato di

(*in caso di società*) che i requisiti professionali sono posseduti da

Cognome Nome

C. F.

Data di nascita cittadinanza sesso M F

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune

Residenza: Provincia Comune

Via, P.zza, ecc nr C.A.P.

Telefono cellulare

Che ha compilato l'allegato "A"

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento

(Da compilarsi in caso di società a cura della persona – se diversa dal richiedente - che possiede la qualifica professionale)

Autocertificazione della persona professionalmente qualificata diversa dal richiedente.

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome

C. F.

Data di nascita cittadinanza sesso M F

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune

Residenza: Provincia Comune

Via, P.zza, ecc nr C.A.P.

Telefono cellulare

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dalla Legge (art. 76 D.P.R. n° 445 del 28.12.2000) in caso di false dichiarazioni o di false attestazioni, la veridicità dei dati sotto indicati:

DICHIARA

- 1 di non essere fallito e di non avere procedure fallimentari in corso;
- 2 di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;
- 3 che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575" (*antimafia*);

4 di essere in possesso della qualifica professionale per l'attività di
rilasciata il dalla Commissione Provinciale dell'Artigianato di

5 di accettare di svolgere in maniera esclusiva l'attività di

presso l'esercizio ubicato in Via, P.zza, ecc nr

del quale è titolare la ditta

in qualità di: socio direttore Altro (*specificare*)

6 Di non svolgere mansioni analoghe presso altre aziende

Data

FIRMA

L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento

NB. Qualora la persona professionalmente qualificata svolga le medesime mansioni presso altra azienda, oltre alla applicazione delle sanzioni previste dalla legge (art. 76 D.P.R. n° 445 del 28.12.2000), si procederà anche alla revoca dell'autorizzazione.

- ALLEGATI

Ai fini di quanto sopra dichiarato, allega

- 1 Copia di valido documento di riconoscimento (*obbligatorio*)
- 2 Dettagliata descrizione illustrativa dei locali con planimetria 1:100 (*solo in caso di rilascio o trasferimento*)
- 3 Atto di cessione/affitto d'azienda regolarmente registrato (*in caso di subingresso*)
- 4 Atto costitutivo o statuto (*solo in caso di società*)
- 5 ricevuta del versamento di € 15,49 effettuato sul ccp. n. 12063731 a favore di: Comune di Casarano – Servizio Tesoreria, per diritti di segreteria
- 6 Copia del permesso di soggiorno (*solo per i cittadini extracomunitari*)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni eventuale variazione dei dati riportati nella presente denuncia, soprattutto per quel che riguarda la titolarità della ditta, il rappresentante, la sede e la ragione sociale della società rappresentata.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti d. lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento

Avvertenze:

La presente segnalazione va presentata in duplice copia di cui una, col timbro datario del Comune, restituita all'interessato per l'esibizione agli organi di controllo.

La presente dichiarazione, priva della sottoscrizione, della fotocopia del documento d'identità ovvero carente di altri elementi essenziali ai fini dell'individuazione dell'attività da esercitare è inidonea a produrre gli effetti abilitativi di legge.

IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LA PRESENTE SCIA VA RESTITUITA AL COMUNE