



Regione Lombardia

DECRETO N° 7813

Del 16/7/08

Identificativo Atto n. 1219

DIREZIONE CENTRALE PROGRAMMAZIONE INTEGRATA

Oggetto

**APPROVAZIONE DEGLI SCHEMI DI DICHIARAZIONE E DEI RELATIVI ALLEGATI IN ATTUAZIONE DELLA D.G.R. DEL 2 APRILE 2008 N° 6919 "SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA IN ATTUAZIONE DELLA L.R. 2 FEBBRAIO 2007, N° 1, ART. 5 - SEMPLIFICAZIONE DEI PROCEDIMENTI ED ELIMINAZIONE DI CERTIFICAZIONI PER L'AVVIO DI ATTIVITÀ ECONOMICHE - 2° PROVVEDIMENTO"**

Copia conforme all'originale  
Composta di n° 24. fogli  
Il Dirigente della Struttura

L'atto si compone di 25 pagine  
di cui 24 pagine di allegati,  
parte integrante



Regione Lombardia

---

## IL DIRETTORE CENTRALE

Vista la l.r. 2 febbraio 2007 n° 1 “Strumenti di competitività per le imprese e per il territorio della Lombardia”, in particolare l’art. 5 “Semplificazione dei rapporti”;

Vista la d.g.r. 3 aprile 2007 n° 4502 “Semplificazione delle procedure relative alle attività imprenditoriali – Primo provvedimento di attuazione della l.r. 1/2007, art. 5”;

Visto il decreto del 24 aprile 2007 n° 4221 che ha approvato gli schemi di dichiarazione e la modulistica unificata adottata per la semplificazione delle procedure relative alle attività economiche, in attuazione della d.g.r. 3 aprile 2007 n° 4502;

Vista la d.g.r. 2 aprile 2008 n° 6919 “Semplificazione amministrativa in attuazione della l.r. 2 febbraio 2007, n° 1, art. 5 – Semplificazione dei procedimenti ed eliminazione di certificazioni per l’avvio di attività economiche – 2° provvedimento”

Preso atto che con la citata d.g.r. 2 aprile 2008 n° 6919 ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 5 commi 1, 2, 3 e 7 della l.r. n° 1/2007 è prevista la presentazione di Dichiarazione di Inizio Attività produttiva (DIAP) per i seguenti procedimenti:

- a. apertura, trasferimento di sede e ampliamento della superficie fino ai limiti di cui all’art. 4, comma 1, lettera d) del d.lgs n° 114/98 di un esercizio di vicinato;
- b. avvio attività di vendita di prodotti negli spacci interni di cui all’art. 16, d.lgs n. 114/98;
- c. avvio di attività di vendita dei prodotti al dettaglio per mezzo di apparecchi automatici di cui all’art. 17, d.lgs n. 114/98;
- d. avvio di attività di vendita al dettaglio per corrispondenza o tramite televisione o altri sistemi di comunicazione di cui all’art. 18, d.lgs n. 114/98;
- e. avvio di attività di vendita al dettaglio o raccolta di ordinativi di acquisto presso il domicilio dei consumatori di cui all’art. 19, d.lgs n. 114/98;
- f. apertura, trasferimento e ampliamento delle attività di somministrazione di alimenti e bevande disciplinate dall’art. 8, comma 4, della l.r. 24 dicembre 2003, n. 30;
- g. apertura, modifica dell’attività di Acconciatore ed Estetista (legge 17 agosto 2005, n° 174; legge 4 gennaio 1990, n. 1; legge 2 aprile 2007, n. 40 (art. 10));
- h. apertura, modifica della attività di esecuzione di Tatuaggi e Piercing – decreto Direzione Generale Sanità n. 6932 del 27 aprile 2004 “Linee Guida per l’esercizio delle attività di tatuaggio e/o piercing”;
- i. apertura, trasferimento di sede e modifica della attività di panificazione di cui al d.l. del 4 luglio 2006 n. 223, art. 4, convertito in legge dall’art. 1 della legge 4 agosto 2006, n. 248;
- j. attività di vendita di funghi epigei freschi spontanei sfusi, di cui all’art. 11, comma 1, della l.r. 23 giugno 1997, n. 24;
- k. apertura, trasferimento di sede e modifica della attività di vendita diretta di alimenti prodotti in proprio di cui al d.lgs 18 maggio 2001, n. 228, art. 4;



## Regione Lombardia

Preso atto che la deliberazione 2 aprile 2008 n° 6919 ha disposto, per l'attuazione di quanto stabilito, l'applicazione ai procedimenti di cui al punto precedente della modulistica approvata con proprio decreto del 24 aprile 2007 n° 4221 e l'adozione dell'eventuale adeguamento della stessa;

Considerato che si è reso necessario, anche in relazione all'integrazione delle attività di cui alla DGR 2 aprile 2008 n° 6919, l'adeguamento della modulistica approvata con proprio decreto del 24 aprile 2007 n° 4221 al fine di soddisfare la complessità dei dati richiesti, provvedendo alla predisposizione della modulistica unificata ed alla sostituzione dello schema di "Dichiarazione di inizio attività produttiva ai sensi della l.r. 8/2007 artt. 3 e 5" di cui al medesimo proprio decreto del 24 aprile 2007 n° 4221;

Dato atto che la modulistica di cui al presente decreto è stata elaborata in accordo con le Direzioni Generali Industria PMI e Cooperazione, Sanità, Commercio, Fiere e Mercati, Artigianato e Servizi e con ANCI;

Vista la l.r. 23 luglio 1996 n° 16 "Ordinamento della struttura organizzativa e della dirigenza regionale" e successive modificazioni e integrazioni nonché per i provvedimenti organizzativi della VII legislatura;

### **DECRETA**

1. Di approvare i seguenti Modelli e schede allegate che costituiscono parte integrante del presente decreto:

- Modello A – "Dichiarazione di Avvio/Modifica attività (DIAP)";
- Modello B – "Dichiarazione Subingresso/Cessazione/Sospensione e ripresa/Cambiamento ragione sociale";
- Scheda 1 - Attività di vendita ex art. 7 d.lgs 114/98, somministrazione ex art. 8 comma 4, l.r. 30/03 e forme speciali di vendita;
- Scheda 2 - Requisiti morali e professionali per le attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande;
- Scheda 3 – Attività di servizi alla persona;
- Scheda 4 - Attività di produzione;
- Scheda 5 - Compatibilità ambientale;

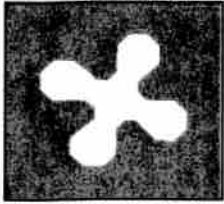
2. Che i modelli A e B di cui al punto 1 sostituiscono lo schema di "Dichiarazione di inizio attività produttiva ai sensi della l.r. 8/2007 artt. 3 e 5" di cui al proprio decreto del 24 aprile 2007 n° 4221;



Regione Lombardia

- 
3. Che la modulistica approvata con il presente decreto sia resa disponibile per l'utilizzo e la compilazione all'interno del portale istituzionale di Regione Lombardia;
  4. Che dell'approvazione sia data comunicazione agli Enti Locali, alle ASL, all'ARPA ed alle Associazioni di categoria tramite la rete regionale protetta di Lombardia Integrata e le funzionalità di fax server in uso presso l'amministrazione regionale;
  5. Di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il Direttore Centrale  
Marco Carabelli



MODULISTICA  
REGIONALE UNIFICATA  
**MODELLO A**

Spazio per  
attestazioni  
previgenti

Inserire qui  
stemma del  
Comune

**DICHIARAZIONE DI AVVIO / MODIFICA ATTIVITÀ (DIAP)**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ai sensi delle L.R. 1/2007 e 8/2007 e delle DGR 4502/2007 e 6919/2008

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice ISTAT Comune  
A cura degli Uffici Comunali

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Titolare</b>              | <input type="checkbox"/> <b>Curatore fallimentare</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante</b> | <input type="checkbox"/> <b>Erede o avente causa</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____           |   |

**dell'Impresa/Azienda/Ente**

Denominazione o ragione sociale: \_\_\_\_\_

Ditta individuale     SNC     SAPA     SAS     SRL     SURL     SPA

Ente pubblico     Società Cooperativa     SS     Altro \_\_\_\_\_

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

Partita IVA (se diversa da C.F.) \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_

Iscritto al R.E.A. al n° \_\_\_\_\_

Non tenuto all'iscrizione in quanto Ente o altra struttura     In attesa di iscrizione al R.E.A.

Posizione INAIL \_\_\_\_\_

CODICE INAIL Impresa \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Imprenditori Agricoli Professionali al n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Imprese Artigiane al n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000  
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**

**DICHIARA**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> L'avvio di una nuova attività | <input type="checkbox"/> La modifica di una attività esistente<br>(es: cambio sede, modifica locali, impianti,<br>merceologie, processo produttivo ecc.) |
|--|--|

**CHE RIENTRA IN UNA DELLE TIPOLOGIE DI CUI ALLA PAGINA SEGUENTE**

## TIPOLOGIA DELL'ATTIVITÀ

ATTIVITÀ PER CUI È PREVISTA DIAP AI SENSI DELLA L.R. 8/2007 E DGR 4502/07

### ATTIVITÀ DI PRODUZIONE Compilare e allegare SCHEDA 4

A1

- A  Attività produttive non alimentari
- B  Produzione/trasformazione di alimenti  
(compreso deposito e/o trasporto con strutture/mezzi propri)
- C  Deposito e/o trasporto di alimenti per conto terzi
- D  Trasformazione e somministrazione di alimenti nell'ambito della ristorazione pubblica (\*)
- E  Trasformazione/somministrazione/vendita di alimenti nell'ambito del commercio ambulante su aree pubbliche o di manifestazioni temporanee (\*)

(\*) Per le tipologie di attività "D" e "E" la presente dichiarazione è valida solo per gli aspetti relativi alla sicurezza alimentare. Resta fermo l'obbligo di richiedere le autorizzazioni commerciali previste dalle leggi di riferimento.

ATTIVITÀ PER CUI È PREVISTA DIAP AI SENSI DELLA DGR 6919/08

### ATTIVITÀ DI VENDITA (Art. 7 D.Lgs 114/98) E FORME SPECIALI DI VENDITA

A2

#### Compilare e allegare SCHEDA 1 e SCHEDA 2

Genere merceologico:  Alimentare  
Compresa vendita di funghi epigei freschi spontanei sfusi (art. 11 c. 1 L.R. 24/97)

Non alimentare

- F  Esercizio commerciale di vicinato (Art. 7, D.Lgs 114/98 )
- G  In spacci interni (Art. 16, D.Lgs 114/98 )
- H  A mezzo di apparecchi automatici (Art. 17, D.Lgs 114/98 )
- I  Per corrispondenza, televisione o altri sistemi di comunicazione (Art. 18, D.Lgs 114/98 )
- L  Presso il domicilio dei consumatori (Art. 19, D.Lgs 114/98 )

### ATTIVITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE NELL'AMBITO DI ALTRE ATTIVITÀ

#### (Art. 8 comma 4 L.R. 30/03) Compilare e allegare SCHEDA 1 e SCHEDA 2

- M  Svolta congiuntamente ad attività di intrattenimento, in modo non prevalente, in sale da ballo, locali notturni, stabilimenti balneari, impianti sportivi e altri esercizi similari
- N  Svolta negli esercizi situati all'interno di aree di servizio delle strade extraurbane principali, nelle stazioni dei mezzi di trasporto pubblico e nei mezzi di trasporto pubblici
- O  Svolta direttamente da ospedali, case di cura, parrocchie, oratori, comunità religiose, asili infantili, case di riposo, caserme, stabilimenti delle forze dell'ordine
- P  Svolta nelle attività interne a musei, teatri, sale da concerti e simili
- Q  Svolta nelle mense aziendali e negli spacci annessi ad aziende, amministrazioni, enti e scuole nei quali la somministrazione viene effettuata esclusivamente nei confronti del personale dipendente e degli studenti
- R  Svolta nel domicilio del consumatore

### ATTIVITÀ IN CAMPO ALIMENTARE Compilare e allegare SCHEDA 4

- S  Panificazione (L. 248/06)
- T  Vendita diretta di alimenti prodotti in proprio da agricoltori (Art. 4, D.Lgs. 228/01)

### ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA Compilare e allegare SCHEDA 3

- U  Acconciatore (L.174/05, Art. 10 L. 40/07)
- V  Estetista (L. 1/90, Art. 10 L. 40/07)
- Z  Esecuzione di Tatuaggi e Piercing (D.D.G Sanità n° 6932/04)

### CARATTERISTICHE DELL'ATTIVITÀ

ANNO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI COMMERCIO

A3

CODICE ATECO

dell'anno

#### DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

**N.B.** Per attività di vendita o somministrazione, si intende la descrizione merceologica dell'attività, ai sensi del DPR 581/95 e relativo allegato.

Attività prevalente:

---

---

Eventuale attività secondaria:

---

---

#### SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ

**N.B.** In caso di più sedi operative, presentare una dichiarazione per ciascuna di esse.

A4

Via, Piazza

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P.

E-mail:

\_\_\_\_\_

Telefono:

\_\_\_\_\_

FAX:

\_\_\_\_\_

All'interno di altra struttura/attività:

SI

NO

Se sì, indicare quale:

\_\_\_\_\_

#### DURATA DELL'ATTIVITÀ

A5

Permanente

Stagionale

dal

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

al

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Temporanea

dal

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

al

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**N.B.** La presente dichiarazione NON si applica alle attività di somministrazione temporanea soggette anche a licenza di Pubblica Sicurezza per trattenimenti e spettacoli ex artt. 68/69 del TULPS (Testo Unico Leggi Pubblica Sicurezza)

#### NUMERO ADDETTI

(Numero addetti previsto al momento della presentazione della DIAP, indipendentemente dalla tipologia contrattuale)

A6

## DICHIARAZIONI E NOTIFICHE

Il/la sottoscritto/a inoltre  
DICHIARA

- che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (Autocertificazione Antimafia)
- che l'edificio/i/locale/i in cui si svolge l'attività ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'attività stessa e che, in caso di attività di somministrazione di alimenti e bevande, vengono rispettati i criteri di sorvegliabilità stabiliti, ove previsto, dal Ministero dell'Interno ai sensi del D.M. 564/92
- che l'attività sarà svolta nel rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, igiene pubblica, igiene edilizia e tutela ambientale, tutela della salute nei luoghi di lavoro e di sicurezza alimentare
- che l'attività sarà svolta secondo i regolamenti locali di polizia urbana annonaria
- di essere in possesso delle autorizzazioni necessarie allo svolgimento dell'attività oggetto della dichiarazione (scarichi, rifiuti, emissioni, prevenzione incendi, ecc.)
- di essere in possesso delle seguenti autorizzazioni di Pubblica Sicurezza:

\_\_\_\_\_ n°/prot \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n°/prot \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n°/prot \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- nel caso l'attività sia svolta con utilizzo di locali chiusi sotterranei o semisotterranei da parte di lavoratori:
  - di assicurare idonee condizioni di aerazione, illuminazione e di microclima (art. 65, comma 2, D. Lgs. 81/08)
  - di aver ottenuto dalla ASL il consenso all'uso dei locali (art. 65, comma 3, D. Lgs. 81/08)
- di essere in possesso dei requisiti morali e professionali necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto della presente dichiarazione

in caso di attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande:

- che i requisiti morali sono posseduti da tutti i soggetti di cui all'art. 5 L.R. 30/2003
- che i requisiti professionali sono posseduti da:
  - Titolare o legale rappresentante
  - Preposto o delegato dalla società

**(Compilare e allegare Scheda 2 per ciascun soggetto)**

## NOTIFICA LA PROPRIA ATTIVITÀ

- nel caso si svolga nel settore alimentare, ai sensi del regolamento comunitario 852/2004
- nel caso di lavorazioni industriali con presenza di più di tre lavoratori, ai sensi dell'art. 67 del D. Lgs. 81/2008



## ELENCO ALLEGATI E SOTTOSCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a ALLEGA

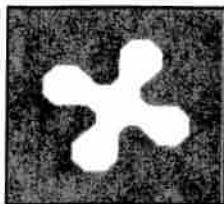
- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ  
Ai fini della verifica dell'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000
  
- SCHEDA 1 - Attività di vendita ex art. 7 D Lgs 114/98, somministrazione ex art. 8 comma 4 L.R. 30/03 e forme speciali di vendita
  
- SCHEDA 2 - Requisiti morali e professionali per le attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande  
(N° totale di schede allegate: \_\_\_\_\_ )
  
- SCHEDA 3 - Attività di servizi alla persona
  
- SCHEDA 4 - Attività di produzione
  
- SCHEDA 5 - Compatibilità ambientale  
**N.B. La scheda deve essere compilata in tutti i casi in cui l'attività presenti caratteristiche di rilevanza ambientale, indipendentemente dalla tipologia e dalla dimensione (es: emissioni in atmosfera, rischio incendio, impatto acustico ecc.).**
  
- PLANIMETRIA DEI LOCALI IN SCALA NON INFERIORE A 1:100  
**Per le attività di produzione** indicare anche, per ogni locale, destinazione d'uso, superficie, altezza, operazioni che vi si svolgono.  
Non richiesta per apparecchi automatici, vendita per corrispondenza, televisione o altri sistemi di comunicazione e per vendite presso il domicilio dei consumatori.
  
- RELAZIONE TECNICA, **solo per le attività di produzione**, contenente descrizione del ciclo produttivo e tecnologico (con indicati le lavorazioni con i principali impianti, i sistemi di protezione e monitoraggio ambientale, i singoli prodotti e la loro quantità annua, le singole materie prime e il loro consumo annuo, la produzione di rifiuti con i relativi quantitativi per tipologia e loro destinazione).
  
- ALTRO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000  
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

Firma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**N.B. Per le attività di vendita, copia del presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio e una ulteriore copia va tenuta esposta in modo visibile al pubblico all'interno dell'esercizio.**



MODULISTICA  
REGIONALE UNIFICATA  
**MODELLO B**

Spazio per  
illogogramma  
professionista

Inserire qui  
stemma del  
Comune

**DICHIARAZIONE SUBINGRESSO / CESSAZIONE / SOSPENSIONE E  
RIPRESA / CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Al sensi delle L.R. 1/2007 e 8/2007 e delle DGR 4502/2007 e 6919/2008

\_\_\_\_\_

Codice ISTAT Comune  
A cura degli Uffici Comunali

**Il/la sottoscritto/a**

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

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

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Titolare</b>              | <input type="checkbox"/> <b>Curatore fallimentare</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante</b> | <input type="checkbox"/> <b>Erede o avente causa</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____           |   |

**dell'Impresa/Azienda/Ente**

Denominazione o ragione sociale: \_\_\_\_\_

Ditta individuale  SNC  SAPA  SAS  SRL  SURL  SPA

Ente pubblico  Società Cooperativa  SS  Altro \_\_\_\_\_

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

Partita IVA (se diversa da C.F.) \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_

Iscritto al R.E.A. al n° \_\_\_\_\_

Non tenuto all'iscrizione in quanto Ente o altra struttura  In attesa di iscrizione al R.E.A.

Posizione INAIL \_\_\_\_\_

CODICE INAIL Impresa \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Imprenditori Agricoli Professionali al n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Imprese Artigiane al n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000  
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**

**DICHIARA**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Il subingresso              | <input type="checkbox"/> La sospensione / ripresa dell'attività |
| <input type="checkbox"/> La cessazione dell'attività | <input type="checkbox"/> Il cambiamento di ragione sociale      |

**Il/la sottoscritto/a DICHIARA  
SUBINGRESSO A:**

Denominazione o ragione sociale: \_\_\_\_\_ **B1**

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

a far tempo dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nell'attività con sede operativa in:

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

- a seguito di:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> compravendita                 | <input type="checkbox"/> affitto di azienda               |
| <input type="checkbox"/> donazione                     | <input type="checkbox"/> cessazione di affitto di azienda |
| <input type="checkbox"/> successione per atto tra vivi | <input type="checkbox"/> successione mortis causa         |
| <input type="checkbox"/> fusione di azienda            | <input type="checkbox"/> altre cause (specificare sotto)  |

Il subingresso avviene:  nella titolarità  in gestione sino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre**

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune
- che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata / dichiarata
- che i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita DIAP (**MODELLO A**)
  - che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (Autocertificazione Antimafia)
  - di essere in possesso dei requisiti morali e professionali (\*) necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto della presente dichiarazione
- in caso di attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande:
  - che i requisiti morali sono posseduti da tutti i soggetti di cui all'art. 5 l.r. 30/2003
  - che i requisiti professionali sono posseduti da:
    - Titolare o legale rappresentante
    - Preposto o delegato dalla società

**(Compilare e allegare Scheda 2 per ciascun soggetto)**

**(\*) Per attività di servizi alla persona, compilare e allegare Scheda 3**

**SOSPENSIONE O RIPRESA DELL'ATTIVITÀ**

L'attività con sede operativa in: \_\_\_\_\_ **B2**

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

verrà **SOSPESA** fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

precedentemente sospesa dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ verrà **RIPRESA** dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE**

La denominazione o ragione sociale cambia \_\_\_\_\_ **B3**

dall'attuale: \_\_\_\_\_

alla nuova: \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

- che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune
- che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata / dichiarata
- che i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita DIAP (**MODELLO A**)

**CESSAZIONE ATTIVITÀ PER:** Trasferimento di proprietà o di gestione dell'impresa**B4** Chiusura definitiva dell'attività

a far tempo dal giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ dell'attività con sede operativa in:

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Per le sole attività di vendita al dettaglio in sede fissa ex art. 7 D.Lgs 114/98 e somministrazione ex art. 8 comma 4 L.R. 30/2003, segnalare i titoli autorizzativi delle attività cessate: commercio di vicinato autorizzazione n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ commercio in spacci interni COM n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ somministrazione alimenti e bevande autorizzazione n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ DIA (241/90) n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ intrattenimento ex art. 68 Testo Unico Leggi Pubblica Sicurezza LICENZA P.S. n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_ Intrattenimento ex art. 69 Testo Unico Leggi Pubblica Sicurezza LICENZA P.S. n° prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa:

 cessa completamente ogni attività rimangono in essere altre attività**N.B. IN ALLEGATO SI RICONSEGNANO N° \_\_\_\_\_ TITOLI AUTORIZZATIVI SOPRA INDICATI****ALLEGA**

- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ  
Ai fini della verifica dell'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

 SCHEDA 2 - Requisiti morali e professionali per le attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande (N° totale di schede allegate: \_\_\_\_\_) SCHEDA 3 - Attività di Servizi alla persona N° \_\_\_\_\_ TITOLI AUTORIZZATIVI per attività di vendita e somministrazione ALTRO: \_\_\_\_\_**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

Firma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**N.B. Per le attività di vendita, copia del presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio e una ulteriore copia va tenuta esposta in modo visibile al pubblico all'interno dell'esercizio.**



## SITUAZIONE LOCALI ESISTENTI DA VARIARE

L'attività oggetto della presente dichiarazione si svolge attualmente nei seguenti locali:

1.4

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

All'interno dell'Azienda/Ente (\*) \_\_\_\_\_

(\*) solo se si tratta di spaccio interno o di somministrazione abbinata - tipologie "G", "M", "N", "O", "P" e "Q" del MODELLO A Punto A2

## SITUAZIONE AUTORIZZATIVA OGGETTO DI VARIAZIONE

TITOLARE \_\_\_\_\_

1.5

**N.B. Solo se diverso dall'azienda richiedente di cui al frontespizio della dichiarazione**

Indicare i titoli autorizzativi delle attività oggetto di variazione:

1.6

TIPOLOGIA ATTIVITÀ

TITOLO ABILITATIVO

<input type="checkbox"/> commercio di vicinato	<input type="checkbox"/> autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____
<input type="checkbox"/> commercio in spacci interni	<input type="checkbox"/> COM n° prot. _____ del _____ Ente _____
	<input type="checkbox"/> DIAP (l.r. 1/07) n° prot. _____ del _____ Ente _____
<input type="checkbox"/> somministrazione alimenti e bevande	<input type="checkbox"/> autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____
	<input type="checkbox"/> DIA (241/90) n° prot. _____ del _____ Ente _____
	<input type="checkbox"/> DIAP (l.r. 1/07) n° prot. _____ del _____ Ente _____

## SUPERFICIE DELL'ESERCIZIO PRIMA DELLE VARIAZIONI

Riportare la distribuzione della superficie dell'esercizio prima delle variazioni o del trasferimento in altra sede

1.7

**N.B. Tutte le superfici vanno arrotondate all'unità**

SUPERFICIE DI VENDITA IN MQ  Alimentari A1 [ ][ ][ ][ ]

Non alimentari A2 [ ][ ][ ][ ]

TABELLE SPECIALI  Generi di monopolio A3 [ ][ ][ ][ ]

**N.B. Per superficie delle tabelle speciali si intende solo quella dei generi abbinati**  Farmacie A4 [ ][ ][ ][ ]

Carburanti A5 [ ][ ][ ][ ]

TOTALE SUPERFICIE DI VENDITA (A1+A2+A3+A4+A5) A [ ][ ][ ][ ]

SUPERFICIE SOMMINISTRAZIONE B [ ][ ][ ][ ]

SUPERFICIE INTRATTENIMENTO E SVAGO C [ ][ ][ ][ ]

SUPERFICI ALTRE ATTIVITA' D [ ][ ][ ][ ]  
(ingrosso, servizi, altro \_\_\_\_\_)

SUPERFICI ACCESSORIE (magazzini, servizi, uffici) E [ ][ ][ ][ ]

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (A+B+C+D+E) [ ][ ][ ][ ]

## VARIAZIONI ALL'ATTIVITÀ

### IL PREDETTO ESERCIZIO SUBIRÀ LE SEGUENTI VARIAZIONI

**TRASFERIMENTO DI SEDE** 1.8

- all'indirizzo indicato nel MODELLO A - Punto A4 "Sede di svolgimento dell'attività"
- presso i locali aventi le caratteristiche specificate nella presente scheda ai Punti 1.1, 1.2 e 1.3

**N.B. Qualora il trasferimento di sede comporti variazioni merceologiche o modifiche alla superficie attuale dell'esercizio indicata al Punto 1.7, specificare le variazioni intervenute compilando anche i seguenti Punti 1.9 e 1.10**

**VARIAZIONE DI SUPERFICIE** 1.9

	Aumento	Diminuzione	Entità della variazione
<input type="checkbox"/> Alimentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _  mq
<input type="checkbox"/> Non alimentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _  mq
• Tabelle speciali:			
<input type="checkbox"/> Generi monopolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _  mq
<input type="checkbox"/> Farmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _  mq
<input type="checkbox"/> Carburanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _  mq
<input type="checkbox"/> Somministrazione alimenti e bevande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _  mq

**VARIAZIONE MERCEOLOGICA O DI ATTIVITÀ** 1.10

<input type="checkbox"/> Alimentare	<input type="checkbox"/> aggiunta	<input type="checkbox"/> eliminata
<input type="checkbox"/> Non alimentare	<input type="checkbox"/> aggiunta	<input type="checkbox"/> eliminata
• Tabelle speciali:		
<input type="checkbox"/> Generi monopolio	<input type="checkbox"/> aggiunta	<input type="checkbox"/> eliminata
<input type="checkbox"/> Farmacie	<input type="checkbox"/> aggiunta	<input type="checkbox"/> eliminata
<input type="checkbox"/> Carburanti	<input type="checkbox"/> aggiunta	<input type="checkbox"/> eliminata
<input type="checkbox"/> Somministrazione alimenti e bevande	<input type="checkbox"/> aggiunta	<input type="checkbox"/> eliminata

### FORME SPECIALI DI VENDITA - AVVIO

(Vendita per corrispondenza, televisione ecc., commercio elettronico, vendita diretta al domicilio del consumatore)

#### INIZIO VENDITA PER CORRISPONDENZA, TELEVISIONE, ECC.

1.11

L'ATTIVITÀ VERRÀ SVOLTA:

Per Corrispondenza       Per Televisione       Commercio Elettronico

Con altri sistemi di comunicazione (specificare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.12

PER IL COMMERCIO ELETTRONICO, SPECIFICARE INOLTRE:

L'ATTIVITÀ È SVOLTA INSIEME AD ALTRA ATTIVITÀ?

SI, negli stessi locali       SI, in locali separati       NO

Altra attività CODICE ATECO (prime tre cifre)     

Deposito merci utilizzato:       in proprio       di terzi

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SITI WEB UTILIZZATI (\*)

Sito individuale      WWW. \_\_\_\_\_

Sito collettivo      WWW. \_\_\_\_\_

(\*) Il sito WEB deve essere sempre quello di appartenenza del soggetto che svolge effettivamente attività di vendita sul territorio italiano

#### INIZIO ATTIVITÀ DI VENDITA AL DOMICILIO DEL CONSUMATORE

1.13

INIZIO ATTIVITÀ DI VENDITA AL DOMICILIO DEL CONSUMATORE



**FORME SPECIALI DI VENDITA - VARIAZIONI**  
(Vendita per corrispondenza, televisione ecc., commercio elettronico,  
vendita diretta al domicilio del consumatore)

**L'ATTIVITÀ OGGETTO DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE  
SUBIRÀ LE SEGUENTI VARIAZIONI:**

1.14

**TRASFERIMENTO DI SEDE**

- L'attività verrà trasferita all'indirizzo indicato MODELLO A - Punto A4 "Sede di svolgimento dell'attività"

Mantenendo le stesse caratteristiche di attività

**N.B. In caso di ulteriori variazioni, compilare anche i quadri seguenti**

1.15

**VARIAZIONE O AGGIUNTA DI MERCEOLOGIE**

La composizione merceologica dell'attività subirà le seguenti variazioni:

- |   |                                   |                                    |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Settore alimentare (*) | <input type="checkbox"/> aggiunto | <input type="checkbox"/> eliminato |
| <input type="checkbox"/> Settore non alimentare | <input type="checkbox"/> aggiunto | <input type="checkbox"/> eliminato |

(\*) In caso di aggiunta di alimentari compilare la **SCHEDA 2**, limitatamente ai requisiti professionali al Punto 2.3

1.16

**VARIAZIONE SITO WEB**

Il sito WEB sarà sostituito dal seguente: (\*)

- Sito individuale: WWW. \_\_\_\_\_
- Sito collettivo: WWW. \_\_\_\_\_

(\*) Il sito WEB deve essere sempre quello di appartenenza del soggetto che svolge effettivamente attività di vendita sul territorio italiano

# FORME SPECIALI DI VENDITA - AVVIO E VARIAZIONE

(Vendita a mezzo di apparecchi automatici)

## NUOVE INSTALLAZIONI

DICHIARAZIONE INIZIALE

1.17

DICHIARAZIONE PERIODICA

dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mensile

Bimestrale

Semestrale

al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**N.B.** La dichiarazione iniziale e le dichiarazioni periodiche devono essere trasmesse al Comune dove ha sede la ASL di riferimento rispetto alla collocazione degli apparecchi automatici, il quale provvederà a trasmetterle ai Comuni interessati ed alla ASL di riferimento.

1.18

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: Alimentari    Non alimentari

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:  Pubblica  Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: Alimentari    Non alimentari

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:  Pubblica  Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: Alimentari    Non alimentari

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:  Pubblica  Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: Alimentari    Non alimentari

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:  Pubblica  Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: Alimentari    Non alimentari

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:  Pubblica  Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: Alimentari    Non alimentari

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:  Pubblica  Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: Alimentari    Non alimentari

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:  Pubblica  Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

## CESSAZIONE APPARECCHI

<input type="checkbox"/>	DICHIARAZIONE PERIODICA	dal	___ / ___ / ___	<b>1.19</b>			
<input type="checkbox"/>	Mensile	<input type="checkbox"/>	Bimestrale	<input type="checkbox"/>	Semestrale	al	___ / ___ / ___

**1.20**

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI:                      Alimentari          Non alimentari   

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:     Pubblica     Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI:                      Alimentari          Non alimentari   

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:     Pubblica     Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI:                      Alimentari          Non alimentari   

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:     Pubblica     Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI:                      Alimentari          Non alimentari   

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:     Pubblica     Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI:                      Alimentari          Non alimentari   

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:     Pubblica     Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI:                      Alimentari          Non alimentari   

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:     Pubblica     Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

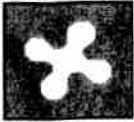
PRESSO: \_\_\_\_\_

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI:                      Alimentari          Non alimentari   

COMUNE di \_\_\_\_\_ su AREA:     Pubblica     Privata

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_



MODULISTICA  
REGIONALE UNIFICATA  
**SCHEDA 2**

Allegato alla dichiarazione di

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**REQUISITI MORALI E PROFESSIONALI PER LE ATTIVITÀ  
DI VENDITA E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE**

**NOTA DI COMPILAZIONE:**

I requisiti morali devono essere posseduti e dichiarati da ciascuno dei seguenti soggetti: titolare o legale rappresentante, preposto o delegato se designato, ciascuno dei soci e degli amministratori in caso di società ai sensi dell'art. 2 D.P.R. 252/1998.

Il/la sottoscritto/a

2.1

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. | | |

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov. | | |

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. | | | | | |

- TITOLARE DELL'ATTIVITÀ**
- LEGALE RAPPRESENTANTE della società** \_\_\_\_\_
- DELEGATO O PREPOSTO dalla società** \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- SOCIO**
- MEMBRO DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE**

**DICHIARA**

**REQUISITI MORALI**

2.2

- Di essere in possesso dei seguenti requisiti morali di cui agli articoli:

art. 5, commi 2 e 4 del d.lgs. 114/98 (commercio in sede fissa)

art. 5 L.R. 30/03 (pubblici esercizi)

- Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (Autocertificazione Antimafia)

- Di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio vanno rispettate le relative norme speciali (art. 26 c.3 del d.lgs. 114/98)

## DICHIARA

### REQUISITI PROFESSIONALI

- Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

<input type="checkbox"/>	<b>COMMERCIO ALIMENTARE IN SEDE FISSA D.Lgs. 114/98, ART. 5, c. 5</b>	<b>2.3</b>
<input type="checkbox"/>	di essere stato iscritto al Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di _____ con il n° _____ per il commercio delle tabelle merceologiche _____	
<input type="checkbox"/>	di aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare nome dell'istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____	
<input type="checkbox"/>	di aver esercitato in proprio l'attività di vendita dei prodotti alimentari tipo di attività _____ n° iscrizione Registro Imprese _____ CCIAA di _____ n° REA _____ dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/>	di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari	
<input type="checkbox"/>	quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____	
<input type="checkbox"/>	quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____	
<input type="checkbox"/>	di aver conseguito le prescritte abilitazioni alla vendita (laddove necessarie) prova superata in data _____ presso _____	

<input type="checkbox"/>	<b>SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE - L.R. 30/03, art. 6</b>	<b>2.4</b>
<input type="checkbox"/>	aver frequentato con esito positivo il corso professionale per la somministrazione di alimenti e bevande riconosciuto dalla Regione _____ nome dell'Istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____	
<input type="checkbox"/>	di essere in possesso di diploma di scuola alberghiera o titolo equivalente nome dell'Istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____	
<input type="checkbox"/>	di essere stato iscritto, nel quinquennio anteriore l'entrata in vigore della l.r. 30/03 al REC per la somministrazione di alimenti e bevande presso la CCIAA di _____ al N° _____ in data _____	
<input type="checkbox"/>	di avere prestato la propria opera, per almeno 2 anni nell'ultimo quinquennio, presso imprese esercenti la somministrazione al pubblico di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato addetto alla somministrazione o come coadiutore familiare	
<input type="checkbox"/>	quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____	
<input type="checkbox"/>	quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____	

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000  
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

Firma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



# SCHEDA 3

C.F.

## ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA

**Acconciatore**

3.1

Responsabile tecnico designato ai sensi dell' art. 3, c. 5, della Legge 174/05:

in qualità di:  Titolare  Socio partecipante al lavoro  Familiare coadiuvante / dipendente dell'impresa

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale   
 Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
 Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov.   
 Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov.   
 Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P.

in possesso della qualificazione professionale di acconciatore rilasciata da:  
 \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Estetista**

3.2

in qualità di:  Titolare  socio  direttore tecnico

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale   
 Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
 Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov.   
 Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov.   
 Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P.

in possesso della qualificazione professionale di estetista di cui alla legge 1/90 rilasciata da:  
 \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si impegna ad utilizzare apparecchi elettromeccanici per uso estetico che rientrano nell'elenco allegato alla legge 1/90 e ad utilizzare locali, attrezzature e prodotti conformi ai requisiti definiti nel regolamento comunale e comunque ai requisiti minimi di cui al Decreto D.G. Sanità 13 marzo 2003, n. 4259.

**Esecuzione di tatuaggio e piercing**

3.3

in qualità di:  Titolare  socio  direttore tecnico

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale   
 Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
 Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov.   
 Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov.   
 Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P.

in possesso di attestato relativo al corso di formazione per l'attività rilasciato da:  
 \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si impegna al rispetto delle norme igienico-sanitarie applicabili all'attività ed alle indicazioni di cui al Decreto D.G. Sanità 27 aprile 2004 n. 6932 nell'esercizio dell'attività.



### ATTIVITÀ DI PRODUZIONE

#### INFORMAZIONI GENERALI

L'attività si riferisce, anche in modo non esclusivo, a materiali o prodotti destinati ad entrare in contatto diretto con alimenti o bevande

SI  NO

NUMERO ADDETTI

(Numero addetti previsto al momento della presentazione della DIAP, indipendentemente dalla tipologia contrattuale)

\_\_\_\_

NUMERO ADDETTI DELLE IMPRESE APPALTATARIE con riferimento ad eventuali appalti di servizio o d'opera (personale che si prevede inserito stabilmente nell'ambiente di lavoro, appartenente ad impresa diversa dalla presente)

\_\_\_\_

NUMERO ADDETTI ADIBITI AD ATTIVITA' AMMINISTRATIVE, già compresi nel numero totale che operano al di fuori della produzione/attività di servizio

\_\_\_\_

Nel caso di modifica attività esistente specificare natura della modifica:

Modifica processo produttivo

Inserimento nuovi cicli/tipologie di prodotto

Ampliamento strutturale

Altro (specificare sotto)

#### PRODUZIONE ALIMENTARE - DETTAGLIO ATTIVITÀ

NUMERO RICONOSCIMENTO COMUNITARIO (se obbligatorio)

\_\_\_\_

CODICI ATECO EVENTUALI ATTIVITÀ SECONDARIE

\_\_\_\_

dell'anno

\_\_\_\_

\_\_\_\_

dell'anno

\_\_\_\_

\_\_\_\_

dell'anno

\_\_\_\_

\_\_\_\_

dell'anno

\_\_\_\_

\_\_\_\_

dell'anno

\_\_\_\_

PRODOTTI REALIZZATI E MESSI IN VENDITA (sono ammesse risposte multiple)

PRODOTTI SFUSI NON PROTETTI

PRODOTTI CONFEZIONATI

VENDITA DIRETTA DI ALIMENTI PRODOTTI IN PROPRIO DA AGRICOLTORI

IN CASO DI ATTIVITÀ DI VENDITA AMBULANTE

BANCO MOBILE

AUTONEGOZIO

Se autonegozio, descrizione delle attrezzature impiegate, delle principali dotazioni (autonomia idrica ed elettrica) e delle modalità di smaltimento rifiuti:

\_\_\_\_\_

VITA COMMERCIALE DEL PRODOTTO PIÙ DEPERIBILE TRA QUELLI OGGETTO DELL'ATTIVITÀ

più di 90 giorni    tra 20 e 90 giorni    meno di 20 giorni

I PRODOTTI COMMERCIALIZZATI PIÙ DEPERIBILI RICHIEDONO CONSERVAZIONE A TEMPERATURA CONTROLLATA?

NO (possono restare a temperatura ambiente)

SI (refrigerazione)

SI (congelazione/surgelazione)

Se una delle attività è soggetta ad autorizzazione del Ministero della Salute, citarne gli estremi:

autorizzazione n. \_\_\_\_\_

rilasciata il \_\_\_\_\_

ai sensi della norma: \_\_\_\_\_

**PRODUZIONE NON ALIMENTARE - DETTAGLIO ATTIVITÀ**

Inserire codici ATECO delle attività svolte dall'impresa (anche se limitate)

<input type="text"/>	dell'anno	<input type="text"/>
<input type="text"/>	dell'anno	<input type="text"/>
<input type="text"/>	dell'anno	<input type="text"/>
<input type="text"/>	dell'anno	<input type="text"/>
<input type="text"/>	dell'anno	<input type="text"/>

**ULTERIORI INFORMAZIONI SPECIFICHE**

**TIPOLOGIA DI IMPIANTO**

- a ciclo chiuso e sigillato
- a ciclo chiuso ma con carico e scarico manuale
- a ciclo chiuso ma con periodici e limitati interventi manuali
- processo con operatori distanti dai punti che presentano rischi o in postazioni di lavoro protette
- manuale

**TIPOLOGIA MATERIALE / PRODOTTO UTILIZZATO**

NOME MATERIALE/PRODOTTO: \_\_\_\_\_

QUANTITATIVO ANNUO MEDIO (completo di unità di misura):

STATO CHIMICO FISICO:

- gas
- liquido, in rapporto alla temperatura di ebollizione:
  - meno di 50°C       50 -150°C       più di 150°C
- solido, in rapporto alla respirabilità:
  - non respirabile (granuli o scaglie)       respirabile

**TIPO LAVORAZIONE**

- Apporto di energia termica:       senza       con
- Apporto di energia meccanica:       senza       con

**TIPOLOGIA RISCHI PER I LAVORATORI**

AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI

AGENTI BIOLOGICI

AGENTI CHIMICI       gas, vapori e fumi       polveri e nebbie       liquidi

AGENTI FISICI       rumore       vibrazioni       videoterminali

microclima/illuminazione       radiazioni

ORGANIZZAZIONE LAVORO

- caratteristiche strutturali luogo di lavoro
- movimentazione manuale dei carichi
- movimentazione altro

INFORTUNI

- rischio elettrico
- rischio meccanico
- cadute dall'alto

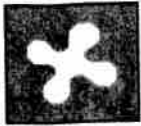
ESPLOSIONE (atmosfera esplosive)

INCENDIO

**VOCE TARIFFA INAIL**

- 1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_





MODULISTICA  
REGIONALE UNIFICATA  
**SCHEDA 5**

Allegato alla dichiarazione di

CF

**COMPATIBILITÀ AMBIENTALE**

**NOTA DI COMPILAZIONE:**

La scheda deve essere compilata in tutti i casi in cui l'attività presenti caratteristiche di rilevanza ambientale, indipendentemente dalla tipologia e dalla dimensione (es: emissioni in atmosfera, rischio incendio, impatto acustico ecc.).

PRESENZA SERBATOI  fuori terra  interrati  doppia parete

TIPOLOGIA AUTORIZZAZIONE	Estremi autorizzazione e autorità di rilascio	Data di rilascio
Distributori carburante uso interno		
Autorizzazione integrata ambientale (d.lgs. 59/05)		
Emissioni in atmosfera (d.lgs. 152/06)		
Scarichi idrici (d.lgs. 152/06)		
Regolam. Regionali n. 3 e 4 del 2006		
Detenzione o impiego gas tossici (R.D. n. 147 del 9/1/1927)		
Deposito/trattamento rifiuti (d.lgs. 152/06)		

**ATTIVITÀ CLASSIFICATA A RISCHIO DI INCIDENTE RILEVANTE**  
(d.lgs. 334/99 e s.m.i., d.lgs. 238/05, L.R. 19/01)

L'attività è classificata a rischio di incidente rilevante?  SI ai sensi del  Art. 6  Art. 8  
 NO

**CLASSIFICAZIONE INDUSTRIE INSALUBRI (art. 216 TULLSS, DM Sanità 59/1994)**

L'attività svolta è presente nell'elenco delle attività insalubri di 1ª e 2ª classe?

SI  NO

**DOCUMENTAZIONE DI PREVISIONE DI IMPATTO ACUSTICO**

(art. 8 comma 4 L. 447/95 e DGR 8313 del 8/3/2002) redatta da un tecnico competente in acustica nelle forme previste dalla legislazione vigente (LR. 13/01)

Data di rilascio

Tecnico competente che ha rilasciato la documentazione

**In caso di insediamento che ricade in fascia di rispetto di elettrodotti:  
RELAZIONE ATTESTANTE IL RISPETTO DEL LIMITE DI ESPOSIZIONE E DICHIARAZIONE CHE I LOCALI VENGONO FRUITI AI SENSI DELL'ART 4 DEL DPCM 08/07/2003**

Data di rilascio

Tecnico competente che ha rilasciato la documentazione

**IMPIEGO SORGENTI RADIOATTIVE O APPARECCHIATURE  
EMETTENTI RADIAZIONI IONIZZANTI (d.lgs. 230/95 e s.m.i.)**

Estremi comunicazione preventiva già presentata o numero nulla osta ottenuto

Autorità che ha rilasciato il nulla osta o cui è stata presentata la comunicazione preventiva

Data di rilascio / presentazione

**RISCHIO INCENDIO (L. 818/84 e successivi provvedimenti di modifica e applicazione)**

Estremi e data del nulla osta ottenuto dai Vigili del Fuoco

In assenza di nulla osta, data dell'invio ai Vigili del Fuoco della dichiarazione che l'insediamento produttivo e l'attività svolta sono conformi al progetto approvato dai Vigili del Fuoco stessi