

**Al SUAP associato dell'Unione Montana dei Comuni del Mugello**

Comune di Barberino di Mugello

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'  
PER COMMERCIO SU AREA PUBBLICA IN FORMA ITINERANTE**

(art. 31 della L.R. 7 febbraio 2005, n. 28, e ss.mm.ii)

ATTENZIONE: I procedimenti oggetto del presente modello devono essere inoltrati in modalità telematica.

La presente pratica può essere:

1) compilata on-line dal portale SUAP dell'Unione dei Comuni del Mugello, accessibile dalla pagina:

[http://frontoffice.sigepro.it/HomeSuap.asp?g\\_IstatComuni=A632&g\\_Software=SS](http://frontoffice.sigepro.it/HomeSuap.asp?g_IstatComuni=A632&g_Software=SS)

2) inviata tramite PEC a: [uc-mugello@postacert.toscana.it](mailto:uc-mugello@postacert.toscana.it).

**Privacy:** Nel compilare questo modello le chiederemo di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (dlgs 196/2003). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, qualora false, nonché la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto e la decadenza dai benefici conseguenti

nato a \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

in proprio, in qualità di imprenditore individuale

in qualità di \_\_\_\_\_ e in rappresentanza

**riquadro notizie impresa**

impresa denominata \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

PEC\* \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ iscritta al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ del

Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_

\*ATTENZIONE: dati obbligatori

ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 28/2005

## SEGNALA

L' inizio all'attività di commercio su area pubblica in forma itinerante per:

- Settore alimentare**  
 **Settore non alimentare**

dei prodotti <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ mediante  
l'utilizzo di <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Preso atto che l'esercizio dell'attività potrà avere inizio dalla data di ricezione della presente dichiarazione da parte del Comune.

## DICHIARA

- di non essere titolare di ulteriore autorizzazione al commercio su aree pubbliche in forma itinerante;
- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità di cui all'art. 13 della Legge Regionale n. 28/2005;
- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge 31 maggio 1965 n. 575;

\*\*\*

*(Solo per attività del settore alimentare)*

- in qualità di titolare della ditta individuale ovvero in qualità di legale rappresentante della società, di essere in possesso del seguente requisito professionale necessario all'esercizio dell'attività di commercio relativa al settore merceologico alimentare di cui **all'art. 14 lettera a) della L.R. n. 28/2005**:

1	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.1	<input type="checkbox"/>	aver frequentato con <b>esito positivo</b> un <b>corso professionale*</b> per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle Regioni o dalle provincie autonome di Trento e di Bolzano: denominazione dell'istituto                      sede                      anno di conclusione <i>* in base alla Del. Giunta Regionale n. 984/2012 il percorso formativo è di 90 ore, articolato in 7 unità formative</i>
1.2	<input type="checkbox"/>	aver <b>prestato la propria opera, per almeno 2 anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente</b> , presso <b>imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande</b> : codice fiscale                      sede e/o codice fiscale                      sede <input type="checkbox"/> quale <b>dipendente qualificato</b> addetto alla <b>vendita</b> , o all' <b>amministrazione</b> o alla <b>preparazione degli alimenti</b> , comprovata dall'iscrizione all'INPS inquadrate nel seguente livello **                      del contratto (ccnl) dalla data                      alla data <input type="checkbox"/> quale <b>socio lavoratore</b> , comprovata dall'iscrizione all'INPS <input type="checkbox"/> quale <b>coadiutore familiare</b> , se trattasi di coniuge o parente o affine entro il 3° grado dell'imprenditore, comprovata dall'iscrizione all'INPS <i>**In base alle Risoluzioni Ministeriali è definito "dipendente qualificato" il soggetto inquadrato nei livelli professionali dei vari c.c.n.l. la cui declaratoria richiede almeno il possesso di conoscenze specifiche e tecniche e di conseguenza capacità tecnico-pratiche nello svolgimento di compiti operativi ed esecutivi (es. fino al IV livello dei ccnl terziario commercio, turismo e pubblici esercizi)</i>
1.3	<input type="checkbox"/>	aver <b>esercitato in proprio per almeno 2 anni, anche se non continuativi, nel quinquennio precedente</b> , l'attività nel <b>settore alimentare</b> o nel <b>settore della somministrazione di alimenti e bevande</b> , codice fiscale                      sede                      Cciaa di e/o codice fiscale                      sede                      Cciaa di

<sup>1</sup> Specificare i prodotti alimentari/non alimentari commercializzati

<sup>2</sup> Indicare se trattasi di **negozi mobile** oppure **banco temporaneo**

**O IN ALTERNATIVA:**

2

- 2.1  di essere stato iscritto al **Registro Esercenti il Commercio (REC)** presso la Cciaa di \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_ per l'attività di commercio delle ex **tabelle merceologiche** oggi corrispondenti al settore alimentare o per l'attività di **somministrazione** di alimenti e bevande, salvo cancellazione dal medesimo registro, volontaria o per perdita dei requisiti;
- 2.2  di aver  superato l'**esame di idoneità** o  frequentato con esito positivo il **corso per l'iscrizione** al Registro Esercenti il Commercio (REC), anche se non seguito dall'iscrizione al registro, presso la Cciaa di \_\_\_\_\_

*oppure*

che il Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ è specificamente preposto all'esercizio dell'attività di commercio relativa al settore merceologico alimentare ed è in possesso dei requisiti professionali necessari all'esercizio dell'attività di cui all'art. 14 lettera b) della L.R. n. 28/2005 e a tal fine ha compilato la dichiarazione di cui all'**Allegato "B"**.

che, per l'attività oggetto della presente dichiarazione, sono stati rispettati i requisiti igienico sanitari per il commercio dei prodotti alimentari sulle aree pubbliche stabiliti con Ordinanza Ministeriale del Ministero della Salute del 3/4/2002, nonché le disposizioni previste dal DPGR n. 40/R del 2006.

**DICHIARA ALTRESÌ**

di aver ottenuto Autorizzazione sanitaria/DIA Sanitaria/Notifica CE n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata dal \_\_\_\_\_ relativamente all'attività di preparazione e trasformazione di alimenti e bevande/vendita prodotti alimentari \_\_\_\_\_;

di presentare contestualmente alla presente Notifica sanitaria ai sensi dell'art. 6 comma 2 regolamento CE 852/04.

**inoltre COMUNICA**

*(barrare solo se ricorre il caso)*

di esercitare congiuntamente l'attività di somministrazione di alimenti e bevande.

\*\*\*

**Ad integrazione della presente comunicazione si allega la seguente documentazione:**

Copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente e dell'eventuale preposto all'attività di somministrazione (nel caso che la firma non venga apposta alla presenza dell'addetto al ricevimento del Comune di Barberino di Mugello).

fotocopia del permesso di soggiorno valido (per i cittadini extracomunitari).

dichiarazione attestante il possesso dei requisiti di onorabilità dei componenti la società di persone (Allegato "A").

dichiarazione attestante il possesso dei requisiti professionali da parte del preposto all'esercizio dell'attività di somministrazione di alimenti e bevande (Allegato "B").

\*\*\*\*\*

Per ogni eventuale chiarimento relativo alla presente comunicazione si chiede di contattare il Signor/lo studio tecnico:  
Cognome e nome o denominazione \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

**Allegato A****Dichiarazioni di altre persone (amministratori, soci, ecc.) indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998***(solo per le società quando è stato compilato il quadro autocertificazione)*

<b>Il/La sottoscritto/a</b>				
cognome		nome		
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita	
codice fiscale		cittadinanza		sexso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza		C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono	
<b>(per il cittadino non comunitario)</b> il/la sottoscritto/a <b>dichiara</b>	cittadinanza		permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio
	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)
<b>DICHIARA</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 13 della L.R. Toscana n. 28/2005 e s. m. 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 e s.				
<input checked="" type="checkbox"/> m. (antimafia)				
<i>Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico n. 445/2000.</i>				
<b>Allega fotocopia di valido documento d'identità.</b>				
<b>Firma del Socio Amministratore</b>				

<b>Il/La sottoscritto/a</b>				
cognome		nome		
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita	
codice fiscale		cittadinanza		sexso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza		C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	telefono	
<b>(per il cittadino non comunitario)</b> il/la sottoscritto/a <b>dichiara</b>	cittadinanza		permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio
	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)
<b>DICHIARA</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 13 della L.R. Toscana n. 28/2005 e s. m. 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 e s.				
<input checked="" type="checkbox"/> m. (antimafia)				
<i>Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo Unico n. 445/2000.</i>				
<b>Allega fotocopia di valido documento d'identità.</b>				
<b>Firma del Socio Amministratore</b>				

