

SEZIONE B - VARIAZIONI

L' ESERCIZIO UBICATO NEL
Comune _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|_|
Via, Viale, Piazza, ecc. _____ N. |_|_|_|_|
AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare	_	mq.	_ _ _ _ _
Non alimentare	_	mq.	_ _ _ _ _

Tabelle speciali
Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. |_|_|_|_|_|_|

A CARATTERE

Permanente	_				
Stagionale	_	dal	___/___/___	al	___/___/___

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |_| NO |_|

se **SI** indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE _____
Provvedimento n. _____ in data _____ rilasciato da _____

SUBIRÀ LE VARIAZIONI DI CUI ALLE SEZIONI:
B1 |_| **B2** |_|

SEZIONE B1 - RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA

LA SUPERFICIE DI VENDITA DELL' ESERCIZIO INDICATO ALLA SEZ. B SARA' **RIDOTTA A:** |_|_|

Alimentare	_	mq.	_ _ _ _ _
Non alimentare	_	mq.	_ _ _ _ _

Tabelle speciali
Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. |_|_|_|_|_|_|

SEZIONE B2 - RIDUZIONE DI SETTORE MERCEOLOGICO

SARA' ELIMINATO IL SETTORE:

Alimentare	_
Non alimentare	_

Tabelle speciali
Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_|

con la seguente redistribuzione della superficie:

SUPERFICIE DI VENDITA PREVISTA

Alimentare	_	mq.	_ _ _ _ _
Non alimentare	_	mq.	_ _ _ _ _

Tabelle speciali
Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO (compresa la superficie adibita ad altri usi) mq. |_|_|_|_|_|_|

SEZIONE C - CESSAZIONE DI ATTIVITÀ'

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Via, Viale, Piazza, ecc. _____ N. |_|_|_|

AUTORIZZAZIONE N. _____ DEL _____

CESSA DAL ___/___/___ PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa |_|

- chiusura definitiva dell'esercizio |_|

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA ESERCIZIO CESSATO

Alimentare |_| mq. |_|_|_|_|**Non alimentare** |_| mq. |_|_|_|_|**Tablette speciali**

Generi di monopolio |_| Farmacie |_| Carburanti |_| mq. |_|_|_|_|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |_|_|_|_|

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

A CARATTERE

Permanente |_|**Stagionale** |_| dal ___/___/___ al ___/___/___

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |_| NO |_|

se **SI** indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE _____

**INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE
COMPILATA (ESCLUSA LA C), L'ATTIVITÀ' ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE
FACENDO RIFERIMENTO AI PRODOTTI INCLUSI NELL'ALLEGATO C**

Attività prevalente: _____

Attività secondaria: _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE |_| ALLEGATI: A |_| B |_|

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

(DA COMPILARE PER CHI SOTTOSCRIVE LA SEZIONE A)

1.	<input type="checkbox"/>	di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art.2 L.R.5/2006;
2.	<input type="checkbox"/>	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) (2);
3.	<input type="checkbox"/>	di aver rispettato - relativamente al locale dell'esercizio: <input type="checkbox"/> i regolamenti locali di polizia urbana; <input type="checkbox"/> i regolamenti locali di polizia annonaria e igienico sanitaria; <input type="checkbox"/> i regolamenti edilizi; <input type="checkbox"/> le norme urbanistiche e quelle relative alla destinazione d'uso.
4.	<input type="checkbox"/>	di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio vanno rispettate le relative norme speciali (art. 26 comma 3 del d.lgs. 114/98);

(DA COMPILARE SOLO PER IL COMMERCIO DEL SETTORE ALIMENTARE)

Solo per le imprese individuali

5.	<input type="checkbox"/>	di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:
6.1	<input type="checkbox"/>	essere in possesso del seguente titolo di studio..... conseguito in data Presso
6.2	<input type="checkbox"/>	aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare nome dell'Istituto sede oggetto del corso anno di conclusione
6.3	<input type="checkbox"/>	di aver esercitato in proprio l'attività di vendita dei prodotti alimentari tipo di attività dal al n. iscrizione Registro Imprese CCIAA di n. R.E.A.....
6.4	<input type="checkbox"/>	di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari nome impresa sede impresa nome impresa sede impresa quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal al quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal al

Solo per le società

6. Che i requisiti professionali sono posseduti dal Sig. _____
che ha compilato la dichiarazione di cui all'allegato B.

Il sottoscritto 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. 26 della L. 4.1.1968, n. 15.

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

Data
