

ATTIVITA' DI SOMMINISTRAZIONE IN CIRCOLI /ASSOCIAZIONI PRIVATI/E  
ADERENTI AD ENTI O ORGANIZZAZIONI NAZIONALI LE CUI FINALITÀ ASSISTENZIALI SONO RICONOSCIUTE DAL  
MINISTERO DELL'INTERNO

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'

( art. 19 della legge 241/90)

Al Comune di MANDURIA 073012

UFFICIO SUAP

Ai sensi del D.P.R. 235/2001 e in relazione all'art. 19 della legge 241/90,

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

In qualità di :

Legale rappresentante/Presidente del/la circolo/associazione

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.

perfettamente conscio delle responsabilità conseguenti alle dichiarazioni mendaci o alle false attestazioni e dei loro effetti fra cui il divieto di prosecuzione dell'attività nonché l'impossibilità della sua conformazione alla normativa vigente (Art. 76 D.P.R. 445/2000), **sensi del D.P.R. 235/2001 e in relazione all'art. 19 della legge 241/90,**

SEGNALA

Di dare inizio all'attività di somministrazione di alimenti e bevande di cui all'art. 5, della legge 287/91, a favore dei soli soci del circolo/associazione

tipologia A

ristorante  pizzeria  trattoria  tavola calda  birreria ed esercizi similari

tipologia B

bar  caffetteria  gelateria  pasticceria ed esercizi similari

tipologia C (specificare)

nel locale ubicato Via, P.zza,  nr

a carattere  permanente  stagionale dal  al

Copia del presente modello, corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro delle Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio, entro 30 giorni dall'effettivo verificarsi del fatto, qualora non siano giunte

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

**DICHIARAZIONE IN MERITO AL CIRCOLO/ASSOCIAZIONE**

**II/La sottoscritto/a**

Cognome  Nome

C. F.

**DICHIARA**

che il circolo/associazione ha i requisiti di legge richiesti per la summenzionata attività, in quanto si trova nelle condizioni previste dall'articolo 111, commi 3, 4-bis e 4-quinquies, del testo unico delle imposte sui redditi;

che l'ente nazionale con finalità assistenziali riconosciuto dal Ministero dell'interno al quale aderisce è

(specificare)

che le finalità assistenziali sono quelle riportate nell'allegato statuto

**LOCALI**

l'attività si svolgerà nei locali siti in

Via/piazza:  nr.

foglio  particella

per gli stessi è stato rilasciato certificato di abitabilità in data

a nome di

ha la disponibilità degli stessi a titolo di:

che i locali in cui si svolge l'attività di somministrazione non hanno accesso diretto dalla pubblica via

gli stessi hanno una superficie totale di mq.  di cui mq.  destinati a somministrazione

e per i quali è stata presentata, alla competente ASL di Maglie, Notifica Unità d'impresa del settore alimentare con procedura di denuncia inizio attività ai fini della registrazione (art. 6 Reg.to CE 852/2004)

gli stessi sono conformi ai criteri di sicurezza e sorvegliabilità di cui al D.M. 17/12/1992 n. 564

**Qualora negli stessi locali sia esercitata altra attività, fornire le seguenti ulteriori notizie:**

nei medesimi locali attualmente viene svolta l'attività di:

di cui all'autorizzazione n.  del

a seguito di DIA/SCIA presentata in data

utilizzando una superficie di mq.  di quella totale sopra indicata

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

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

**DICHIARAZIONE DEL GESTORE**

(da compilarsi solo se l'attività viene affidata in gestione a terzi)

**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

**NOMINATO GESTORE dell'attività di somministrazione del circolo/associazione**

denominazione o ragione sociale

**DICHIARA**

- 1  di non essere fallito e di non avere procedure fallimentari in corso;
- 2  di non avere riportato condanne penali né di essere in qualsiasi altra situazione che impedisca ai sensi della vigente normativa l'esercizio dell'attività (artt. 11, 12 T.U.L.P.S.)
- 3  di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedi provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;
- 4  che non sussistono nei propri confronti e dei familiari seco conviventi appresso indicati

Cognome  Nome   
C. F.   
Cognome  Nome   
C. F.   
Cognome  Nome   
C. F.

cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 575/65 (antimafia)

- 5  che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali
- 5.1  essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio ( REC) presso la CCIAA di   
con il nr.  per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande
- 5.2  aver frequentato con esito positivo corsi professionali istituiti o riconosciuti dalle regioni o dalle Province autonome di Trento e di Bolzano, aventi a oggetto l'attività di somministrazione di alimenti e di bevande
- 5.3  aver frequentato con esito positivo corsi di scuola alberghiera presso (indicare nome e sede della scuola) nome dell'istituto   
sede   
oggetto del corso   
anno di conclusione  riconosciuto dalla Regione

- 5.4  aver superato, dinanzi a una apposita commissione costituita presso la camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura, esame di idoneità all'esercizio dell'attività di somministrazione di alimenti e di bevande.
- 6  di aver prestato la propria opera, presso imprese esercenti l'attività di somministrazione:  
Nome dell'impresa  Sede   
Nome dell'impresa  Sede   
quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS dal  al   
quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS dal  al

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

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

**DICHIARA INOLTRE**

che soci fondatori/amministratori sono i sigg.

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
C. F.	<input type="text"/>		
Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
C. F.	<input type="text"/>		
Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
C. F.	<input type="text"/>		
Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
C. F.	<input type="text"/>		

**ALLEGATI**

Ai fini dell'inizio dell'attività sopra dichiarata, allega:

- Copia di valido documento di riconoscimento (*obbligatorio*) (*in caso di affidamento in gestione anche del gestore*)
- planimetria dei locali con scala 1:100 evidenziante la superficie destinata a somministrazione e la superficie destinata ad altri usi
- Certificato prevenzione incendi (*obbligatorio per locali superiori a mq 400 o con capienza superiore a 100 persone*)
- Atto di nomina del gestore (*solo in caso affidamento in gestione*)
- Atto costitutivo o statuto del circolo/associazione
- Atto di affiliazione all'Ente nazionale a cui il circolo/associazione aderisce
- Elenco dei soci
- Copia della Notifica Unità d'impresa del settore alimentare con procedura di denuncia inizio attività ai fini della registrazione (art. 6 Reg.to CE 852/2004) (*obbligatoria*)
- solo per i cittadini extracomunitari* Copia permesso di soggiorno
- ricevuta del versamento di € \_\_\_\_,00 effettuato sul cc. n. \_\_\_\_\_ a favore di: Comune di Manduria – Servizio SUAP, per diritti di istruttoria

**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 segnalazione, 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**