

**Al Comune di MANDURIA 073012**

**SPORTELLO UNICO  
PER LE ATTIVITA'  
PRODUTTIVE**

**DOMANDA**

AUTORIZZAZIONE     MODIFICA

**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 :**

**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

**CHIEDE**

**IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE PER**

**COMPI  
LARE  
IN  
STAMPATELLO**





**QUADRO B AUTOCERTIFICAZIONE SOCIETÀ**

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome  Nome   
C. F.

**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   
Costituita con atto del    a rogito del Notaio   
Repertorio n.  registrato a   
iscritta al Registro delle imprese della C.C.I.A.A.  al n.

organo amministrativo così composto  
*(in caso di SNC riportare tutti i soci; in caso di SAS tutti i soci accomandatari in caso di SRL, SPA, SAP, Società Cooperativa ed Associazioni tutti i componenti dell'organo di amministrazione specificandone l'incarico ricoperto)*

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

**DICHIARA**

- 1  Che la società rappresentata non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di concordato preventivo od in altre situazioni equivalenti ai sensi della vigente normativa né che a suo carico non è in corso procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni.
- 2  che nei confronti dei soggetti innanzi indicati, soci o persone munite di poteri di rappresentanza o di amministrazione non sussistono cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 575/65 e successive modifiche, i quali hanno compilato l'allegato **"A"**.
- 3  che l'attività di cui alla presente dichiarazione è compresa nell'oggetto sociale
- 5  che delegato alla gestione, in possesso dei requisiti professionali, sarà *(da indicare in caso di delega alla gestione)*

Cognome  Nome   
che ha compilato l'allegato **"B"**

Data

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**



**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

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

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O PREPOSTO**

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.

**Legale rappresentante della ditta/società:**

**Designato preposto della ditta/società:**

in data

**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 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

**ATTIVITA' RICETTIVE**

quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS dal    al

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

**SEZIONE C – ALLEGATI**

*(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento)*

Ai fini del rilascio dell'autorizzazione, allega:

- Copia di valido documento di riconoscimento *(obbligatorio) (in caso di società anche del soggetto possessore dei requisiti)*;
- Copia autenticata della delibera di classificazione;
- Copia delle ricevute dei versamenti delle tasse di concessione, sulla base della specifica normativa vigente in materia;
- Relazione descrittiva della struttura, con allegate n. 2 copie della planimetria 1:100, indicante il numero complessivo delle camere, nonché quello distinto delle camere ad un letto, a due o più letti, e il numero dei bagni;
- indicazione anagrafica del direttore d'albergo *(se tale figura professionale è richiesta)*;
- copia della polizza di assicurazione responsabilità civile e furto.
- Certificato prevenzione incendi *(obbligatorio per strutture con più di 25 posti letto)*
- Atto costitutivo o statuto *(solo in caso di società)*
- (solo per i cittadini extracomunitari)* permesso di soggiorno per n° \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, con validità fino al \_\_\_\_\_
- Notifica Unità d'Impresa del settore alimentare con procedura di Denuncia Inizio Attività ai fini della registrazione *(art. 6 Reg.to CE 852/2004) (in caso di somministrazione)*
- ricevuta del versamento di € \_\_\_\_,00 effettuato sul cc. n. \_\_\_\_\_ a favore di: Comune di Manduria – Servizio SUAP, per diritti di istruttoria

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

*(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)*

*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.*

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

*(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di valido documento di riconoscimento)*