

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA' DI SOMMINISTRAZIONE IN

SCUOLE OSPEDALI STABILIMENTI MILITARI DELLE FORZE DI POLIZIA
 COMUNITÀ RELIGIOSE STABILIMENTI CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO
 (art. 19 della legge 241/90)

Al Comune di MANDURIA

073012

UFFICIO ATTIVITA' PRODUTTIVE

Legge 287/91 – art. 3, comma 6 lett. g) - Art. 19 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 :

 Presidente Legale rappresentante Altro(specificare) C. F. P. 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

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), ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della legge 241/90,

SEGNALA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della legge 241/90 che darà inizio all'attività di somministrazione di alimenti e bevande presso l'Ente:

SCUOLE OSPEDALE STABILIMENTO MILITARE DELLE FORZE DI POLIZIA COMUNITÀ RELIGIOSA STABILIMENTO CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO denominazione dell'Ente Ubicazione esercizio Via, P.zza, nr

tipologia A

 ristorante pizzeria trattoria tavola calda birreria ed esercizi similari

tipologia B

 bar caffetteria gelateria pasticceria ed esercizi similari

Pertanto, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. medesimo, sotto la personale responsabilità,

DICHIARA

C
O
M
P
I
L
A
R
E

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

QUADRO A DICHIARAZIONE DEL GESTORE*(da compilarsi solo se l'attività viene affidata in gestione a terzi)***Il/La sottoscritto/a**Cognome Nome C. F.

3

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 famigliari 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 Data **FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante***L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

QUADRO B - LOCALI

- che i locali dove verrà effettuata la somministrazione sono ubicati all'interno della struttura e non si accede direttamente dalla pubblica via
- che gli stessi sono conformi ai criteri di sicurezza e sorvegliabilità di cui al D.M. 17/12/1992, n. 564 e per i quali è stata presentata, alla competente ASL di MANDURIA, Notifica Unità d'impresa del settore alimentare con procedura di denuncia inizio attività ai fini della registrazione (art. 6 Reg.to CE 852/2004).

- ALLEGATI

Ai fini di quanto sopra dichiarato, allega

- 1 Copia di valido documento di riconoscimento (*obbligatorio*) (*in caso di società anche del soggetto possessore dei requisiti*)
- 2 ricevuta del versamento di € _____ effettuato sul cc. n. _____ intestato a Comune di MANDURIA – Servizio SUAP – per diritti di istruttoria
- 3 Atto costitutivo o statuto (*per gli enti non statali o pubblici*)
- 4 Certificato prevenzione incendi (*obbligatorio per locali superiori a mq 400*)
- 5 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*)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni eventuale variazione dei dati riportati nella presente denuncia.

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