

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'**  
( art. 19 legge 241/90)

**Al Comune di Manduria**

**073012**

**SPORTELLO UNICO ATTIVITA'  
PRODUTTIVE**

**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

**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

**SEGNALA**

**ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della legge 241/90, di dare inizio all'attività di agenzia d'affari soggetta alla normativa del R.D. 773/31, T.U.L.P.S – art. 115, nel settore sotto indicato:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abbonamenti a giornali e riviste  | <input type="checkbox"/> Gestione servizi immobiliari  |
| <input type="checkbox"/> Allestimenti ed organizzazioni di spettacoli  | <input type="checkbox"/> Informazioni commerciali  |
| <input type="checkbox"/> Collocamento complessi di musica leggera  | <input type="checkbox"/> Organizzazione di mostre ed esposizioni                             |
| <input type="checkbox"/> Compravendita di autoveicoli e/o motoveicoli usati a mezzo mandato o procura a vendere            | <input type="checkbox"/> Organizzazione di congressi, riunioni, feste                        |
| <input type="checkbox"/> Compravendita – esposizione di cose usate od oggetti d'arte o di antiquariato su mandato di terzi | <input type="checkbox"/> Prenotazione e vendita di biglietti per spettacoli e manifestazioni |
| <input type="checkbox"/> Disbrigo di pratiche amministrative inerenti il rilascio di documenti o certificazioni            | <input type="checkbox"/> Pubblicità  |
| <input type="checkbox"/> Disbrigo pratiche infortunistiche e/o assicurative  | <input type="checkbox"/> Raccolta informazioni a scopo di divulgazione                       |
| <input type="checkbox"/> Disbrigo pratiche inerenti le onoranze funebri  | <input type="checkbox"/> Spedizioni  |
| <input type="checkbox"/> Altro da specificare <input type="text"/>   |  |

nei locali/uffici siti in via

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 da parte del Comune comunicazioni contrarie

COMPI  
LARE  
IN  
STAMPATELLO

**SEZ. A - AUTOCERTIFICAZIONE**

**A tal fine** perfettamente conscio delle responsabilità conseguenti alle dichiarazioni mendaci o alle false attestazioni e dei loro effetti fra cui – oltre quelli eventuali di natura penale – l'adozione di sanzioni amministrative, ivi compreso - nel caso di verifica della insussistenza dei presupposti e dei requisiti di legge richiesti o della non veridicità di quanto di seguito dichiarato - il divieto di prosecuzione dell'attività nonché l'impossibilità della sua conformazione alla normativa vigente (Art. 76 D.P.R. 445/2000), **compila e dichiara quanto previsto nelle rispettive sezioni:**

**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.

**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 provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;
- 1  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*)

**DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA**

- che dovrà tenere esposta in modo ben visibile nel locale dell'agenzia la tabella delle tariffe vidimata dall'ufficio competente
- di dover tenere nel locale dell'agenzia il registro giornale di carico e scarico vidimato;
- di non dover compiere operazioni diverse da quelle indicate nella tabella e non ricevere mercedi maggiori di quelle stabilite dalla tariffa approvata
- di non dover compiere operazioni o accettare commissioni da persone che siano prive di documento d'identità
- che la presente dichiarazione vale solo per la sede sopra indicata e che l'attività può essere interdetta in qualsiasi momento in caso di abuso o di inosservanza delle disposizioni di legge
- che in caso di cessazione deve esserne data comunicazione all'ufficio competente, restituendo la presente dichiarazione

Data

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

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

**SEZIONE- B - AUTOCERTIFICAZIONE SOCIETA'**

**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.

**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**

- 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.
- 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
- che l'attività di cui alla presente dichiarazione è compresa nell'oggetto sociale

**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 dal D.P.R. 28/12/2000, n. 445**

Data

**FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante**

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

**ALLEGATO A** (da compilarsi in caso l'agenzia viene gestita da rappresentante)

**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.

**DICHIARA**

Che la l'agenzia d'affari di cui alla presente SCIA è gestita con la rappresentanza di:

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.

**Che firma per accettazione**

**FIRMA del rappresentate**

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

**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI NOMINA A RAPPRESENTANTE**

**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.

**DICHIARA**

- 1  di accettare la nomina di rappresentante;
- 2  di non essere fallito e di non avere procedure fallimentari in corso;
- 3  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.)
- 4  di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;

Data

**FIRMA del Rappresentante**

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

**SEZIONE - C – LOCALI/UFFICI**

Ai fini dell'esercizio dell'attività dichiara

che i locali/uffici ubicati in Via, P.zza, \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

hanno una superficie di mq \_\_\_\_\_ di cui mq \_\_\_\_\_ destinati all'attività

di avere la disponibilità degli stessi a titolo di \_\_\_\_\_

che gli stessi hanno i requisiti di legge, sotto il profilo della destinazione d'uso urbanistico-edilizia, per

l'esercizio dell'attività ed è stata rilasciata agibilità da \_\_\_\_\_

a nome di \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

**SEZIONE D - ALLEGATI**

Ai fini di quanto sopra dichiarato, allega

1  \_\_\_\_\_  
Copia di valido documento di riconoscimento (*obbligatorio*) (*in caso di rappresentanza anche del soggetto rappresentante*);

2  \_\_\_\_\_  
tariffario dei compensi in duplice copia di cui uno in bollo da vidimare e da esporre nei locali in cui si esercita l'attività;

3  \_\_\_\_\_  
registro delle operazioni giornaliere di carico e scarico numerato e riportante le indicazioni di cui all'art 219 del Regolamento di attuazione del T.U.L.P.S. per la vidimazione da parte dell'ufficio competente;

4  \_\_\_\_\_  
n. 1 marca da bollo per la vidimazione del registro (*una ogni 100 pagine*)

5  \_\_\_\_\_  
Certificato prevenzione incendi (*obbligatorio per locali superiori a mq 400*)

6  \_\_\_\_\_  
Atto costitutivo o statuto (*solo in caso di società*)

7  \_\_\_\_\_  
(*solo per i cittadini extracomunitari*) copia del permesso di soggiorno

ricevuta del versamento di € \_\_\_\_\_,00 effettuato sul cc. n. \_\_\_\_\_ a favore di: Comune di Manduria – Sportello Unico per le Attività Produttive, 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 comunicazione 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 dichiarazione, 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**