

## SCHEDA AVVIO PROCEDIMENTO AL SUAP (con anagrafica dell'interessato)

Il/la Sottoscritto/a: Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita - Stato: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Residenza: Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

via, piazza: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_ int.: \_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

*nella sua qualità di:* **Titolare dell'omonima impresa individuale:**

Partita IVA (se già iscritto): \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_;

 **Legale rappresentante della Società/ Associazione/ Ente:**

Denominazione o ragione sociale: \_\_\_\_\_

Cod. fiscale: \_\_\_\_\_ Partita IVA (se diversa da codice fiscale): \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di: \_\_\_\_\_ Provincia.: \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_;

 **Titolare di permesso di soggiorno/carta di soggiorno (solo per cittadini stranieri):** rilasciato da Questura di:

\_\_\_\_\_ con n.: \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

valido fino a: \_\_\_\_\_ per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

di cui si allega la copia informatica in formato PDF/A, acquisita tramite scansione della fotocopia del documento in originale e sottoscritta con firma digitale dell'esibente.

 N° iscrizione Registro Imprese (se già iscritto): \_\_\_\_\_ CCIAA di: \_\_\_\_\_

Codice ISTAT: \_\_\_\_\_

 Se non ancora iscritto/a. In tal caso l'iscrizione deve avvenire entro 30 giorni dall'inizio dell'impresa (art.2196 c.c.)

Ai fini della presente istanza, composta da tutti i moduli compilati e dai documenti allegati, al SUAP il/la sottoscritto/a dichiara:

**1) di essere consapevole** delle conseguenze amministrative e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci o di false attestazioni.

**2) di essere stato/a informato/a**, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono richiesti.

**Trasmette:**

(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

**Segnalazione Certificata Di Inizio Attività (SCIA)**

**Comunicazione**

**Richiesta Di Autorizzazione**

**Relativa a:**

**1) Settore di attività(1):** \_\_\_\_\_

**2) Tipo di attività (1):** \_\_\_\_\_

**3) Procedimento (1):** \_\_\_\_\_

*(2)Nome e Cognome del Dichiarante*

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Il presente documento viene sottoscritto con firma digitale:

del soggetto dichiarante,

del soggetto delegato alla sottoscrizione digitale dell'istanza a seguito della allegata delega.

a)La sottoscrizione digitale dei documenti è effettuata con firma digitale in corso di validità presso un'Autorità di Certificazione costituitasi ai sensi delle norme italiane vigenti

b) Tale firma digitale non deve essere oggetto di alcun provvedimento di revoca e deve coerente con il ruolo esercitato del sottoscrittore.

*Per ciascuno dei soggetti interessati all'istanza viene riportata la copia informatica in formato PDF/A della fotocopia del documento d'identità in corso di validità nel momento della sottoscrizione del presente segnalazione / comunicazione e recante firma autografa dell'interessato.*

(1) Consultare il sito internet istituzionale del SUAP Comunale

(2) in caso di presenza di ulteriori soggetti interessati al presente procedimento, questi vengono elencati nella tabella sotto riportata, in modo da farne parte integrante:

**ELENCO DEI SOGGETTI INTERESSATI ALLA SEGUENTE ISTANZA**

	COGNOME	NOME	QUALIFICA <i>(titolare, amministratore, ecc)</i>	RIF. AL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO ALLEGATO
1	_____	_____	_____	
2	_____	_____	_____	
3	_____	_____	_____	
4	_____	_____	_____	
5	_____	_____	_____	
6	_____	_____	_____	
7	_____	_____	_____	
8	_____	_____	_____	
9	_____	_____	_____	
10	_____	_____	_____	

## PROCURA SPECIALE PER LA PRESENTAZIONE TELEMATICA DELL'ISTANZA AL SUAP

Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
come meglio definito nel modulo APS - Avvio procedimento al SUAP, riportato nella presente istanza,

**dichiara**

A) di conferire a

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
in qualità di (notaio, intermediario, professionista incaricato, ecc.): \_\_\_\_\_  
procura speciale per la sottoscrizione digitale e la presentazione telematica della segnalazione/ comunicazione,  
con riferimento al procedimento/ oggetto della presente istanza.

Agenzia per le imprese (*generalità*): \_\_\_\_\_  
costituita ai sensi della legge 6 agosto 2008, n°133, in qualità di soggetto con funzione di natura istruttoria e  
asseverazione nei procedimenti amministrativi del SUAP (DPR 7 settembre 2010, n°170 )

B) di aver verificato i contenuti dell'istanza relativa al presente procedimento e dei documenti ad essa allegati  
e di attestare - ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevoli delle responsabilità penali  
di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e all'art. 19 comma 6 della L. 241/90 e s.m.i. per le ipotesi di  
falsità in atti e dichiarazioni mendaci - la veridicità della stessa e la corrispondenza degli allegati della  
suddetta pratica alla documentazione presentata al soggetto intermediario.

C) di essere a conoscenza che nel caso in cui la notifica presentata non sia completa di tutti gli elementi  
obbligatori, è ritenuta irricevibile e di non essere, pertanto, legittimata l'attività segnalata.

D) di essere a conoscenza che la notifica (vedi disciplina della SCIA), ai sensi dell'art. 19 Legge 241/90 come  
sostituito dall'art. 49, comma 4-bis della Legge 30 luglio 2010 n. 122 e s.m.i. consente di eseguire  
immediatamente l'intervento segnalato.

E) di eleggere domicilio speciale, per tutti gli atti e le comunicazioni inerenti il procedimento amministrativo,  
presso l'indirizzo di posta elettronica del soggetto che provvede alla trasmissione telematica, a cui viene  
conferita la facoltà di eseguire eventuali rettifiche di errori formali inerenti la modulistica elettronica.

F) di voler ricevere in copia le medesime comunicazioni anche al proprio indirizzo di posta elettronica.

G) di essere consapevole che i propri dati saranno trattati, anche con strumenti elettronici, nel rispetto delle  
prescrizioni del D. Lgs. 196/2003, che il titolare del trattamento è il SUAP competente per il proprio territorio,  
destinatario dell'istanza trasmessa in via telematica e che il soggetto cui è conferita procura speciale è  
incaricato del trattamento stesso.

(1) Nome e Cognome del dichiarante

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Per ciascuno dei soggetti interessati all'istanza viene riportata la copia informatica in formato PDF/A della fotocopia del documento d'identità in corso di validità nel momento della sottoscrizione del presente segnalazione / comunicazione e recante firma autografa dell'interessato.*

ASMESUAP



NOTE:

(1) in caso di presenza di ulteriori soggetti sottoscrittori la presente procura speciale, questi vanno elencati nella tabella sotto riportata (Elenco dei sottoscrittori della procura speciale), in modo da farne parte integrante.

**ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI DELLA PROCURA SPECIALE**

	COGNOME	NOME	QUALIFICA <i>(titolare, amministratore, ecc)</i>	FIRMA AUTOGRAFA
1	_____	_____	_____	
2	_____	_____	_____	
3	_____	_____	_____	
4	_____	_____	_____	
5	_____	_____	_____	
6	_____	_____	_____	
7	_____	_____	_____	
8	_____	_____	_____	
9	_____	_____	_____	
10	_____	_____	_____	
11	_____	_____	_____	
12	_____	_____	_____	

*AVVERTENZE: Il presente modello completo in tutte le sue parti va compilato, sottoscritto con firma autografa dai soggetti interessati all'istanza, acquisito tramite scansione in modo da originare un file PDF/A, che va sottoscritto con firma digitale dal soggetto incaricato di procura speciale e va annesso ai file che compongono l'istanza. Al presente modello deve inoltre essere allegata (in un file separato sottoscritto dal soggetto incaricato di procura speciale) copia informatica in formato PDF/A di un documento di identità valido di ciascuno dei soggetti che hanno apposto la firma autografa.*

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

Colui che, in qualità di procuratore, trasmette al SUAP, tramite proprio indirizzo di posta elettronica certificata - PEC, la copia informatica del presente documento all'interno della raccolta di file relativi all'istanza telematica, sottoscritta con propria firma digitale, consapevole delle responsabilità penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- 1) ai sensi dell'art. 46. 1 lett. U) del DPR 445/2000 di agire in qualità di procuratore speciale in rappresentanza del/dei soggetto/i che hanno apposto la propria firma autografa nel riquadro soprastante.
- 2) che le copie informatiche degli eventuali documenti non notarili trasmessi in allegato all'istanza corrispondono ai documenti consegnabili dai titolari per l'avvio del procedimento amministrativo.
- 3) che tutta la documentazione cartacea è conservata in copia presso gli archivi del procuratore speciale al fine di essere esibita, su richiesta, al Comune.

*GENERALITÀ (Nome - Cognome) del  
Procuratore Speciale Incaricato*

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

*Inoltre il soggetto delegato alla sottoscrizione digitale con il presente atto di conferimento ed accettazione di tale delega dichiara che la firma digitale all'uopo utilizzata al momento della sottoscrizione di tutti i documenti oggetti dell'istanza:*

- 1) è in pieno corso di validità, presso una Autorità di Certificazione costituitasi ai sensi delle norme italiane vigenti;
- 2) non è oggetto di alcun procedimento di revoca ed è coerente con il ruolo esercitato dal sottoscrittore.

Sportello Unico per le Attività Produttive del Comune di: _____ (prov. ___)		Modulo CO01
Procedimento oggetto dell'istanza		
Procedimento concernente l'atto finale		
TRASFERIMENTO DI SEDE		
Tipologia di istanza al SUAP		
<input checked="" type="checkbox"/> SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'	<input type="checkbox"/> COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
 come meglio definito nel modulo APS - Avvio procedimento al SUAP, riportato nella presente istanza ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 commi 1 e 2 della legge 241/1990 e s.m.i. e dell'art 7 del D. Lsg 114/1998 e s.m.i., segnala la variazione per trasferimento di \_\_\_\_\_.

Dichiara di essere in possesso di:

- Autorizzazione amministrativa N.: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_
- Comunicazione N.: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_
- D.I.A. N.: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_
- S.C.I.A. N.: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_

#### QUADRO VARIAZIONE PER TRASFERIMENTO DI SEDE

**Segnala** che l'esercizio ubicato in (piazza,via,..): \_\_\_\_\_  
 n.: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ (prov.: \_\_\_),  
 accatastato con i seguenti identificativi o *Riferimenti Catastali* al N.C.E.U :

Comune catastale	Foglio (NR.)	Mappale (Particella)	Subalterno

Indicare il **SETTORE/I MERCEOLOGICO/I E SUPERFICI DI VENDITA:**

- a) Alimentare e misto  mq: \_\_\_\_\_
- b) Non alimentari beni persona  mq: \_\_\_\_\_
- c) Non alimentari altri beni  mq: \_\_\_\_\_
- d) Non alimentari beni a basso impatto urbanistico  mq: \_\_\_\_\_



<input checked="" type="checkbox"/> <b>SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE</b>
--	---	---

**Tabelle Speciali:**

mq: \_\_\_\_\_

Generi di monopolio     Farmacie     Carburanti

**SUPERFICIE TOTALE** dell'esercizio (inclusa 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°: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_

Sara' **TRASFERITO** al nuovo indirizzo:

Provincia: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

via, piazza: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_ int.: \_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_, accatastato con i seguenti identificativi o *Riferimenti Catastali* al N.C.E.U :

Comune catastale	Foglio (NR.)	Mappale (Particella)	Subalterno

con le seguenti caratteristiche:

Indicare la **SUPERFICIE DI VENDITA**:

a) Alimentare e misto	<input type="checkbox"/> mq: _____	<input type="checkbox"/> con ampliamento	<input type="checkbox"/> con riduzione
b) Non alimentari beni persona	<input type="checkbox"/> mq: _____	<input type="checkbox"/> con ampliamento	<input type="checkbox"/> con riduzione
c) Non alimentari altri beni	<input type="checkbox"/> mq: _____	<input type="checkbox"/> con ampliamento	<input type="checkbox"/> con riduzione
d) Non alimentari beni a basso impatto urbanistico	<input type="checkbox"/> mq: _____	<input type="checkbox"/> con ampliamento	<input type="checkbox"/> con riduzione

Indicare il **SETTORE/I MERCEOLOGICO/I** E NUOVE SUPERFICI DI VENDITA:

a) Alimentare e misto	<input type="checkbox"/> mq: _____
b) Non alimentari beni persona	<input type="checkbox"/> mq: _____
c) Non alimentari altri beni	<input type="checkbox"/> mq: _____
d) Non alimentari beni a basso impatto urbanistico	<input type="checkbox"/> mq: _____

<input checked="" type="checkbox"/> <b>SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE</b>
--	---	---

**Tabelle Speciali:**

mq: \_\_\_\_\_

Generi di monopolio     Farmacie     Carburanti

Indicare la **SUPERFICIE TOTALE DELL'ESERCIZIO** (inclusa 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°: \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_

Indicare per esteso, ai sensi del D.P.R. 581/95 s.m.i., l'**ATTIVITÀ ESERCITATA** o che si **INTENDE ESERCITARE** facendo riferimento ai prodotti inclusi nella legenda annessa al presente modulo.

Attività prevalente:

---



---



---



---

Attività secondaria:

---



---



---



---

### Classificazione ATECO (Consultare il punto 1 delle Istruzioni)

Si tratta della classificazione dell'attività secondo i codici ISTAT (denominati ATECO 2007).

Indicare i codici che corrispondono all'attività:

CODICE ATECO: \_\_\_\_\_ DESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

CODICE ATECO: \_\_\_\_\_ DESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

CODICE ATECO: \_\_\_\_\_ DESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

CODICE ATECO: \_\_\_\_\_ DESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

CODICE ATECO: \_\_\_\_\_ DESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

CODICE ATECO: \_\_\_\_\_ DESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

CODICE ATECO: \_\_\_\_\_ DESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

CODICE ATECO: \_\_\_\_\_ DESCRIZIONE: \_\_\_\_\_

N.B.: per definire il codice ATECO consultare le istruzioni riportate alla fine del presente modulo o accedere al link <http://www3.istat.it/strumenti/definizioni/ateco/atecoactr.php>

<input checked="" type="checkbox"/> <b>SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE</b>
--	---	---

Documenti informatici che vengono allegati (barrare il codice documento e inserire il nome del file):

Codice DOCUMENTO	DESCRIZIONE	NOTE	NOME FILE
<input type="checkbox"/> <b>D01</b>	Relazione tecnica firmata dall'interessato descrittiva dei locali, degli impianti e dell'eventuale ciclo di lavorazione, con indicazioni in merito all'approvvigionamento idrico, allo smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi e alle emissioni in atmosfera.		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D02</b>	Titolo di godimento del locale debitamente registrato		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D03</b>	Planimetria dell'impianto in scala 1:100, firmata e datata da un tecnico abilitato e sottoscritta dall'interessato nella quale dovrà essere evidente l'indicazione della destinazione d'uso dei locali, l'agibilità, la superficie, la superficie finestrata, l'altezza, la collocazione delle attrezzature.		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D04</b>	Autorizzazione, comunicazione, D.I.A o SCIA.		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D05</b>	Notifica presentata all'Autorità Sanitaria, ai fini della procedura di registrazione di cui all'art. 6 del Regolamento CE n. 852/2004 o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovante tale notifica (solo per il settore alimentare)		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D06</b>	Titolo autorizzatorio per tabelle speciali (Monopolio, farmacie, carburanti)		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D07</b>	Documento di riconoscimento del titolare dell'esercizio in corso di validità		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D09</b>	Documentazione comprovante il requisito professionale del titolare dell'esercizio (solo per il settore alimentare)		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D10</b>	Permesso di soggiorno del titolare dell'esercizio (per cittadini stranieri non appartenenti alla Comunità Europea) in corso di validità		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D11</b>	_____		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D13</b>	_____		_____ .pdf
<input type="checkbox"/> <b>D14</b>	_____		_____ .pdf

Firma autografa delle'esibente

Luogo della segnalazione: \_\_\_\_\_

Data della segnalazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il presente documento viene sottoscritto con firma digitale in corso di validità :

del soggetto dichiarante,

del soggetto delegato alla sottoscrizione digitale dell'istanza a seguito della allegata delega.



<input checked="" type="checkbox"/> <b>SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE</b>
--	---	---

Ulteriori Comunicazioni:

Alla presente segnalazione viene allegata la copia informatica in formato PDF/A della ricevuta di pagamento degli oneri amministrativi previsti, che viene conservata in originale dall'esibente.

Il pagamento dell'imposta di bollo per la presente segnalazione è stato effettuata con l'acquisto di marche da bollo aventi i seguenti identificativi: \_\_\_\_\_, che vengono annullate, e conservate da parte dell'esibente.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE</b>
--	---	---

Istruzioni: Codice ATECO

ATECO (da Wikipedia, l'enciclopedia libera): La **classificazione delle attività economiche ATECO** è una tipologia di classificazione adottata dall'[Istituto Nazionale di Statistica](#) italiano (ISTAT) per le rilevazioni **statistiche** nazionali di carattere **economico**. È la traduzione italiana della **Nomenclatura delle Attività Economiche** (NACE) creata dall'[Eurostat](#), adattata dall'ISTAT alle caratteristiche specifiche del sistema economico italiano. Attualmente è in uso la versione ATECO 2007, entrata in vigore dal 1° gennaio 2008, che sostituisce la precedente ATECO 2002, adottata nel [2002](#) ad aggiornamento della ATECO 1991.

Si tratta di una classificazione alfa-numerica con diversi gradi di dettaglio: le lettere indicano il macro-settore di attività economica, mentre i numeri (che vanno da due fino a sei cifre) rappresentano, con diversi gradi di dettaglio, le articolazioni e le disaggregazioni dei settori stessi. Le varie attività economiche sono raggruppate, dal generale al particolare, in sezioni (codifica: 1 lettera), divisioni (2 cifre), gruppi (3 cifre), classi (4 cifre), categorie (5 cifre) e sotto categorie (6 cifre). Ciascun codice numerico incorpora i precedenti. Ad esempio:

• <i>sezione C: attività manifatturiere;</i>
○ <i>divisione 14: confezioni di articoli di abbigliamento;</i>
▪ <i>gruppo 14.1: confezioni di articoli di abbigliamento esclusi gli articoli in pelliccia;</i>
▪ <i>classe 14.19: confezioni di articoli ed accessori diversi da abbigliamento in pelle, indumenti da lavoro, altro abbigliamento esterno e biancheria intima;</i>
▪ <i>categoria 14.19.2: abbigliamento sportivo e indumenti particolari;</i>
▪ <i>sotto categoria 14.19.29: produzione di indumenti per neonati, tute sportive, completi da sci, costumi da bagno e simili.</i>
<b>Codice ATECO attività economica: C 14.19.29</b>
<b>Denominazione ATECO attività economica :Produzione di indumenti per neonati, tute sportive, completi da sci, costumi da bagno e simili.</b>

Link per la definizione del codice ATECO:

<http://www3.istat.it/strumenti/definizioni/ateco/atecoactr.php>

<input checked="" type="checkbox"/> <b>SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA'</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMUNICAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE</b>
--	---	---

Istruzioni: Legenda SETTORI

**SETTORI MERCEOLOGICI:**

- a) **SETTORE ALIMENTARE E MISTO (ALIMENTARE E NON ALIMENTARE)**
- b) **SETTORE NON ALIMENTARE BENI PER LA PERSONA**, comprendente i prodotti non alimentari dei settori: **commercio al dettaglio di cosmetici, di art. di profumeria e di erboristeria in esercizi specializzati, commercio al dettaglio di art. di abbigliamento in esercizi specializzati, commercio al dettaglio di calzature ed art. in pelle in esercizi specializzati;**
- c) **SETTORE NON ALIMENTARE ALTRI BENI A BASSO IMPATTO URBANISTICO**, comprendente i prodotti non alimentari dei settori: **commercio di autovetture e di autoveicoli leggeri, commercio di altri autoveicoli, commercio al dettaglio di parti ed accessori di autoveicoli, commercio al dettaglio di ferramenta, vernici, vetro piano e materiale elettrico e termo idraulico, limitatamente ai prodotti e materiali termoidraulici, commercio al dettaglio di art. igienico sanitari, commercio al dettaglio di materiali da costruzione, ceramiche e piastrelle, commercio al dettaglio di macchine, attrezzature e prodotti per l'agricoltura, macchine ed attrezzature per il giardinaggio, commercio al dettaglio di natanti e accessori;**
- d) **SETTORE NON ALIMENTARE ALTRI BENI**, comprendente tutti i settori non alimentari non inclusi nelle precedenti lettere b) e c).

**AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI MORALI**Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

come meglio definito nel modulo APS - Avvio procedimento al SUAP, riportato nella presente istanza,

**dichiara**

1.  di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.L.vo n° 59/2010 (1);
2.  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);
3.  di aver rispettato - relativamente al locale dell'esercizio:
  - i regolamenti locali di polizia urbana;
  - i regolamenti locali di polizia annonaria e igienico sanitaria;
  - i regolamenti edilizi;
  - le norme urbanistiche e quelle relative alla destinazione d'uso (eventuali annotazioni) \_\_\_\_\_
4.  di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio vanno rispettate le relative norme speciali; (eventuale)

**(1)Avvertenze:**

*Non possono esercitare l'attività commerciale di vendita:*

- a) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo aver ottenuto la riabilitazione;*
- b) coloro che hanno riportato condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo, per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concerto, un pena al minimo edittale;*
- c) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, Titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;*
- d) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;*
- e) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione e nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali;*
- f) coloro che sono sottoposti a una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27 dicembre 1956, n. 1423, o che nei propri confronti sia stata applicata una delle misure previste dalla legge 31 maggio 1965, n. 575, ovvero a misure di sicurezza no detentive;*

**ASMESUAP**

## AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI MORALI

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

La copia informatica del presente documento in formato PDF/A viene sottoscritta con firma digitale dal soggetto esibente la SCIA, secondo le modalità stabilite nel modulo PS.

Il sottoscritto dichiara di aver provveduto a fornire la copia informatica in formato PDF/A della fotocopia del documento di identità.

(1) Firma autografa del titolare dell'istanza

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

(1) in caso di presenza di ulteriori soggetti sottoscrittori la presente autocertificazione, questi vanno elencati nella tabella sotto riportata (Elenco dei sottoscrittori della procura speciale), in modo da farne parte integrante.

ELENCO DEI SOTTOSCRITTORI DELLE AUTOCERTIFICAZIONI DEL POSSESSO DEI REQUISITI MORALI (Modulo AC02)

	COGNOME	NOME	QUALIFICA (titolare, amministratore, ecc)	FIRMA AUTOGRAFA
1	_____	_____	_____	
2	_____	_____	_____	
3	_____	_____	_____	
4	_____	_____	_____	
5	_____	_____	_____	
6	_____	_____	_____	
7	_____	_____	_____	
8	_____	_____	_____	
9	_____	_____	_____	
10	_____	_____	_____	
11	_____	_____	_____	

**AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AI REQUISITI MORALI DI ALTRE PERSONE  
(AMMINISTRATORI, SOCI)**

Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso: M  F   
Luogo di nascita: Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Residenza: Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via, Piazza, ecc: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

**dichiara**

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.L.vo n° 59/2010 (1);
- 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);

*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*

Firma autografa del dichiarante

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

**(1)Avvertenze:**

*Non possono esercitare l'attività commerciale di vendita:*

- coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo aver ottenuto la riabilitazione;*
- coloro che hanno riportato condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo, per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concerto, un pena al minimo edittale;*
- coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, Titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;*
- coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;*
- coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione e nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali;*
- coloro che sono sottoposti a una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27 dicembre 1956, n. 1423, o che nei propri confronti sia stata applicata una delle misure previste dalla legge 31 maggio 1965, n. 575, ovvero a misure di sicurezza no detentive;*

**AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI PROFESSIONALI (SETTORE ALIMENTARE)**

Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
come meglio definito nel modulo APS - Avvio Procedimento al SUAP, riportato nella presente istanza,

*dichiara*

*Solo per imprese individuali del settore alimentare*

1.  Che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali (Art. 71, C. 6, Lett. A B C, D.L.VO 59/10):

A)  di aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle regioni:

Nome dell'Istituto \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_  
oggetto del corso \_\_\_\_\_  
anno di conclusione \_\_\_\_\_  
riconosciuto dalla Regione \_\_\_\_\_

B)  di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita nel settore alimentare o nel settore della SPAB, per almeno 2 anni nel quinquennio precedente anche non continuativi.

Nome impresa \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

quale socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

quale titolare in proprio l'attività di vendita dei prodotti del settore:  
tipo di attività dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

n. iscrizione Registro Imprese: \_\_\_\_\_

CCIAA di: \_\_\_\_\_

n. R.E.A.: \_\_\_\_\_

C)  di essere in possesso del diploma di scuola superiore o di Laurea conseguito nell'anno:  
\_\_\_\_\_ Presso (nome dell'Istituto): \_\_\_\_\_

**ASMESUAP**



*Solo per le società*

2.  Che i requisiti professionali sono posseduti dal Sig.: \_\_\_\_\_  
che ha compilato la dichiarazione di cui al modulo AC04.

*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.*

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Firma autografa del dichiarante

\_\_\_\_\_



**AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O DEL PREPOSTO  
(SETTORE ALIMENTARE)**

Il/la sottoscritto/a **Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso: M  F   
Luogo di nascita: Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Residenza: Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via, Piazza, ecc : \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

**LEGALE RAPPRESENTANTE della Società:** \_\_\_\_\_  
 **DESIGNATO PREPOSTO dalla Società:** \_\_\_\_\_  
in data: \_\_\_\_\_

**Dichiara**

1. Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.L.vo n° 59/2010 (1);
2. 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)

**(1)Avvertenze:**

*Non possono esercitare l'attività commerciale di vendita:*

- a) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo aver ottenuto la riabilitazione;*
- b) coloro che hanno riportato condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo, per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concerto, un pena al minimo edittale;*
- c) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, Titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;*
- d) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;*
- e) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione e nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali;*
- f) coloro che sono sottoposti a una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27 dicembre 1956, n. 1423, o che nei propri confronti sia stata applicata una delle misure previste dalla legge 31 maggio 1965, n. 575, ovvero a misure di sicurezza no detentive;*

**AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O PREPOSTO  
(SETTORE ALIMENTARE)**

3.  Che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali (Art. 71, C. 6, Lett. A B C, D.L.VO 59/10):

A)  di aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle regioni:

Nome dell'Istituto: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

oggetto del corso: \_\_\_\_\_

anno di conclusione: \_\_\_\_\_

riconosciuto dalla Regione: \_\_\_\_\_

B)  di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita nel settore alimentare o nel settore della SPAB, per almeno 2 anni nel quinquennio precedente anche non continuativi.

Nome impresa: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

quale socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

quale titolare in proprio l'attività di vendita dei prodotti del settore:  
tipo di attività dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

n. iscrizione Registro Imprese: \_\_\_\_\_

CCIAA di: \_\_\_\_\_

n. R.E.A.: \_\_\_\_\_

C)  di essere in possesso del diploma di scuola superiore o di Laurea conseguito nell'anno:  
\_\_\_\_\_ Presso (nome dell'Istituto): \_\_\_\_\_

Il sottoscritto è, inoltre, 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

La copia informatica del documento viene sottoscritta con firma digitale dal soggetto esibente la SCIA.

(1) Firma autografa del dichiarante

Luogo della dichiarazione: \_\_\_\_\_

Data della dichiarazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_