



Regione
Lombardia

MODULISTICA
REGIONALE UNIFICATA
S.C.I.A. MODELLO A

Spazio per
apposizione
protocollo



SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO/MODIFICA ATTIVITÀ (SCIA)

Al Comune di CERESARA

Ai sensi delle L.R. 1/2007 e 33/2009, delle DGR 4502/2007, 6919/2008 e 8547/08 e del D.L. 78/2010 conv. in L.122/2010

0 2 0 0 1 9

Codice ISTAT Comune
A cura degli Uffici Comunali

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M ☐ F ☐

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. _____

Residenza: Comune _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

E-mail: _____

Se disponibile, indicare l'indirizzo PEC: _____

Telefono: _____ FAX: _____

in qualità di:

- | | |
|--|--|
| ☐ Titolare | ☐ Curatore fallimentare |
| ☐ Legale rappresentante | ☐ Erede o avente causa |
| ☐ Altro _____ | |

dell'Impresa/Azienda/Ente

Denominazione o ragione sociale: _____

☐ Ditta individuale ☐ SNC ☐ SAPA ☐ SAS ☐ SRL ☐ SURL ☐ SPA

☐ Ente pubblico ☐ Società Cooperativa ☐ SS ☐ Altro * _____

*(soggetti non economici, es. persone fisiche o società no profit)

Codice Fiscale _____

Partita IVA (se diversa da C.F.) _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Telefono: _____ FAX: _____

☐ Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____

☐ In attesa di iscrizione al R.I. CCIAA ☐ Non tenuto all'iscrizione in quanto Ente o altra struttura

☐ Iscritto al R.E.A. al n° _____ ☐ In attesa di iscrizione al R.E.A.

☐ Posizione INAIL _____

☐ CODICE INAIL Impresa _____

☐ Iscritto all'Albo Imprenditori Agricoli Professionali n° _____ del ____ / ____ / ____ Prov. _____

☐ Iscritto all'Albo Imprese Artigiane al n° _____ del ____ / ____ / ____ Prov. _____

**consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**

SEGNALA

- | | |
|--|---|
| ☐ L'avvio di una nuova attività | ☐ La modifica di una attività esistente, riguardante: |
| | ☐ Sede ☐ Aspetti merceologici |
| | ☐ Locali/impianti: allegare descrizione e planimetria |
| | ☐ Ciclo produttivo: allegare relazione tecnica |
| | ☐ Altre variazioni: mezzi di trasporto, caratteristiche attività turistico ricettive |

TIPOLOGIA DELL'ATTIVITÀ

Barrare una o più caselle a seconda dell'attività svolta; se presenti i quadratini a destra, all'interno i numeri indicano il tipo di scheda da allegare, le lettere il tipo di documentazione (per la legenda si veda a pag. 8)

A1

1) ATTIVITA' ECONOMICHE NON ALIMENTARI

Scheda/e o Allegati richiesti

- | | | |
|---|--|-------|
| ☐ | 1.1 Attività produttiva (Industriale, manifatturiera, ecc.) | 4 P R |
| ☐ | 1.2 Attività di deposito merci | 4 P |
| ☐ | 1.3 Commercio di prodotti fitosanitari | P |
| | 1.4 Attività nel settore dei mangimi | |
| ☐ | 1.4.1 Agricoltura per la produzione di alimenti per uso zootecnico | |
| ☐ | 1.4.2 Essiccazione granaglie | |
| ☐ | 1.4.3 Stoccaggio granaglie | |
| ☐ | 1.4.4 Macinazione e brillatura | 4 |
| ☐ | 1.4.5 Commercio di prodotti agricoli e zootecnici, mangimi, prodotti di origine minerale e chimico-industriale | |
| ☐ | 1.4.6 Commercio di additivi e/o premiscele | |
| ☐ | 1.4.7 Trasporto per conto terzi di additivi mangimi, materie prime, premiscele | E |
| ☐ | 1.4.8 Fabbricazione di prodotti di origine minerale e chimico-industriale | 4 |
| ☐ | 1.4.9 Fabbricazione additivi | 4 |
| ☐ | 1.4.10 Fabbricazione premiscele | 4 |
| ☐ | 1.4.11 Fabbricazione mangimi per commercio e autoconsumo | 4 |
| ☐ | 1.4.12 Fabbricazione mangimi composti autorizzati | 4 |
| ☐ | 1.4.13 Confezionamento di additivi, mangimi, premiscele | 4 |
| NUMERO RICONOSCIMENTO COMUNITARIO (se previsto) | | |
| | 1.5 Attività di vendita | |
| ☐ | 1.5.1 in esercizi di vicinato | 1 2 P |
| ☐ | 1.5.2 in spacci interni | 1 2 P |
| ☐ | 1.5.3 a mezzo apparecchi automatici (solo ad avvio attività ai sensi dell'Art. 15 della L.R. n° 6/2010) | 2 |
| ☐ | 1.5.4 per corrispondenza, televisione o altri sistemi di comunicazione | 1 2 |
| ☐ | 1.5.5 presso il domicilio di consumatori | 1 2 |
| | 1.6 Attività di servizi alla persona | |
| ☐ | 1.6.1 acconciatore | 3 P |
| ☐ | 1.6.2 estetista | 3 P |
| ☐ | 1.6.3 esecuzione di tatuaggi e piercing | 3 P |
| ☐ | 1.6.4 altro _____ | P |

1.7 Altre attività di servizio

Scheda/e o Allegati richiesti

- ☐ 1.7.1 lavanderia ☐ P ☐ R
- ☐ 1.7.2 altro _____ ☐ P ☐ R

1.8 Attività nel settore dei sottoprodotti di origine animale/prodotti derivati (Reg. CE 1069/2009)

- ☐ 1.8.1 Stabilimenti o impianti riconosciuti ☐ 4 ☐ P ☐ R
Numero Riconoscimento Comunitario _____
- ☐ 1.8.2 Trasporto ☐ E
- ☐ 1.8.3 Oleochimico ☐ 4 ☐ P ☐ R
- ☐ 1.8.4 Lavorazione di sottoprodotti/prodotti derivati per scopi diversi dall'alimentazione degli animali ☐ 4 ☐ P ☐ R
- ☐ 1.8.5 Uso di sottoprodotti/prodotti derivati in esposizioni, attività artistiche e di ricerca ☐ 4 ☐ R
- ☐ 1.8.6 Uso di sottoprodotti per l'alimentazione degli animali in deroga ☐ 4 ☐ P ☐ R
- ☐ 1.8.7 Centri di raccolta ☐ 4 ☐ P ☐ R
- ☐ 1.8.8 Produzione di cosmetici, dispositivi medici, diagnostici, medicinali, medicinali veterinari ☐ 4 ☐ P ☐ R
- ☐ 1.8.9 Altro ☐ P ☐ R

1.9 Attività nel settore della riproduzione animale

- ☐ 1.9.1 Strutture operanti sul territorio nazionale (D.M. 19/07/2000, n. 403) ☐ P ☐ R
Codice Univoco Nazionale _____
- ☐ 1.9.2 Strutture riconosciute ai sensi della normativa comunitaria ☐ P ☐ R
Codice Univoco Nazionale _____

2) ATTIVITA' ECONOMICHE IN CAMPO ALIMENTARE**2.1 Attività di produzione primaria di alimenti**

- ☐ 2.1.1 Agricoltura (coltivazione e allevamento), per la produzione di alimenti per uso umano
- ☐ 2.1.2 Attività di caccia e pesca professionale
- ☐ 2.1.3 Produzione di latte crudo destinato a diventare latte fresco pastorizzato di alta qualità

2.2 Attività di trasformazione e/o somministrazione di alimenti

- ☐ 2.2.1 in stabilimenti (compresi gli impianti di macellazione), laboratori, centri di cottura ☐ 4 ☐ P ☐ R
- ☐ 2.2.2 nella ristorazione pubblica (bar, ristoranti, ecc.) ☐ P (*)
- ☐ 2.2.3 nella ristorazione collettiva (mense e bar in ospedali, case di riposo, scuole, caserme, comunità religiose, ecc.) ☐ 1 ☐ 2 ☐ P
- ☐ 2.2.4 in strutture di vendita all'ingrosso ☐ P
- ☐ 2.2.5 in strutture ricettive ☐ limitatamente alle persone alloggiate ☐ al pubblico (*) ☐ 2 ☐ P (*)
- ☐ 2.2.6 nell'ambito del commercio ambulante su aree pubbliche ☐ D ☐ E (*)
- ☐ 2.2.7 in occasione di manifestazioni temporanee ☐ 2
- ☐ 2.2.8 in esercizi situati all'interno di aree di servizio delle strade extraurbane principali, nelle stazioni dei mezzi di trasporto pubblico e nei mezzi di trasporto pubblici ☐ 1 ☐ 2 ☐ P
- ☐ 2.2.9 Svolta congiuntamente ad attività di intrattenimento, in modo non prevalente in sale da ballo, locali notturni, stabilimenti balneari, impianti sportivi e altri ☐ 1 ☐ 2 ☐ P
- ☐ 2.2.10 Svolta nelle attività interne a musei, teatri, sale da concerti e simili ☐ 1 ☐ 2 ☐ P
- ☐ 2.2.11 nel domicilio di consumatori ☐ 1 ☐ 2
- ☐ 2.2.12 panificazione ☐ utilizzo complessivo giornaliero superiore a 300 Kg di farina ☐ P
- ☐ 2.2.13 in esercizi di vicinato ☐ P
- ☐ 2.2.14 in strutture della media e grande distribuzione ☐ P ☐ R (*)

2.3 Attività di vendita di alimenti

- ☐ 2.3.1 in esercizi di vicinato 1 2 P
- ☐ 2.3.2 in spacci interni 1 2 P
- ☐ 2.3.3 a mezzo apparecchi automatici (solo ad avvio attività ai sensi dell'Art. 15 della L.R. n° 6/2010) 2
- ☐ 2.3.4 per corrispondenza, televisione o altri sistemi di comunicazione 1 2
- ☐ 2.3.5 presso il domicilio di consumatori 1 2
- ☐ 2.3.6 vendita diretta di alimenti prodotti in proprio da agricoltori
(la planimetria va allegata quando la vendita viene effettuata in locali aperti al pubblico) P
- ☐ 2.3.7 in strutture della media e grande distribuzione P (*)
- ☐ 2.3.8 nell'ambito del commercio ambulante su aree pubbliche D E (*)

2.4 Attività di deposito di alimenti

- ☐ 2.4.1 in strutture proprie separate da quelle di produzione e/o vendita 4 P
- ☐ 2.4.2 in strutture proprie interne alla vendita all'ingrosso
o di media e grande distribuzione 4 P
- ☐ 2.4.3 per conto terzi 4 P

2.5 Attività di trasporto di alimenti

- ☐ 2.5.1 con mezzi propri E
- ☐ 2.5.2 per conto terzi E

2.6 Informazioni relative agli alimenti oggetto dell'attività

PRODOTTI REALIZZATI/MESSI IN VENDITA (sono ammesse risposte multiple)

- ☐ Prodotti sfusi non protetti ☐ Prodotti confezionati

VITA COMMERCIALE DEL PRODOTTO PIU' DEPERIBILE TRA QUELLI OGGETTO DELL'ATTIVITA'

- ☐ Più di 90 giorni ☐ tra 20 e 90 giorni ☐ meno di 20 giorni

I PRODOTTI COMMERCIALIZZATI PIU' DEPERIBILI RICHIEDONO CONSERVAZIONE A TEMPERATURA CONTROLLATA?

- ☐ SI (refrigerazione) ☐ SI (congelazione/surgelazione) ☐ NO (possono restare a temperatura ambiente)

NUMERO RICONOSCIMENTO COMUNITARIO (se previsto)

3) ALTRE ATTIVITA'**3.1 Attività turistico ricettiva**

- ☐ 3.1.1 attività ricettiva alberghiera (es. albergo, motel, residenza turistico alberghiera) 6 P
- ☐ 3.1.2 attività ricettiva non alberghiera (es. case per ferie, ostelli per la gioventù, esercizi di affittacamere, bed & breakfast, case e appartamenti per le vacanze, rifugi alpinistici ed escursionistici) 6 P
- ☐ 3.1.3 attività ricettiva all'aria aperta (es. campeggio, villaggio turistico, area di sosta) 6 P

(*) per queste attività la SCIA ha funzione solo di notifica ai fini di quanto previsto dalle norme in materia di sicurezza alimentare e va presentata prima dell'inizio della attività e previo ottenimento delle prescritte autorizzazioni amministrative.

(!) N.B. la scheda 5 va compilata in tutti i casi in cui l'attività dichiarata comporti rischio incendio o uno o più rischi per l'ambiente.

CARATTERISTICHE DELL'ATTIVITÀ OGGETTO DI SEGNALAZIONE

ANNO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI COMMERCIO

A2

Attività unica o prevalente:

CODICE ATECO ATTIVITA' PREVALENTE:

dell'anno

DESCRIZIONE MERCEOLOGICA DELL'ATTIVITÀ

(N.B. Per attività di somministrazione si intende quella definita dal punto 6 della DGR VII/6495 del 2008)

Attività secondaria:

CODICE ATECO EVENTUALE ATTIVITA' SECONDARIA

dell'anno

dell'anno

dell'anno

dell'anno

DESCRIZIONE MERCEOLOGICA DELL'ATTIVITÀ

SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ

A3

N.B. In caso di più sedi operative, presentare una segnalazione per ciascuna di esse

Via, Piazza, Località

n°

C.A.P.

E-mail:

Telefono:

FAX:

All'interno di altra struttura/attività:

SI

☐

NO

☐

Se sì, indicare quale:

Dati catastali: Foglio

Mappale

Subalterno

IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE

Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

DURATA DELL'ATTIVITÀ

A4

N.B. L'indicazione di una data finale vale come segnalazione di cessazione dell'attività

☐

Permanente

☐

Temporanea

dal *

(gg/mm/aaaa)

al*

(gg/mm/aaaa)

*compilare entrambe le date poiché in questo caso la SCIA è valida sia per la segnalazione di avvio che per quella di cessazione dell'attività.

☐

Stagionale

dal

(gg/mm)

dal

(gg/mm)

☐

Altri periodi occasionali (per rifugi alpinistici ed escursionistici)

NUMERO ADDETTI

A5

Indicare il numero di addetti previsto al momento della presentazione della SCIA, indipendentemente dalla tipologia contrattuale. Per addetto si intende chiunque ed a qualunque titolo lavori presso la sede operativa della ditta oggetto della presente segnalazione

ESTREMI TITOLI AUTORIZZATIVI POSSEDUTI PER L'ATTIVITA'

INDICARE GLI ESTREMI DEI TITOLI CHE COSTITUISCONO PREREQUISITO PER LA PRESENTAZIONE DI SCIA

A6

TITOLO CONSEGUITO:

☐

MEDIANTE PROVVEDIMENTO ESPRESSO

☐

MEDIANTE SILENZIO/ASSENSO

(in questo caso vanno indicati gli estremi dell'istanza)

1 ☐ Commercio in Medie strutture ☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____

2 ☐ Commercio in Grandi strutture ☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____

3 ☐ commercio su Aree Pubbliche ☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____

4 ☐ somministrazione alimenti e bevande ☐ SCIA (L. 122/10) n° prot. _____ del _____ Ente _____

☐ DIAP (L.R. 1/07) n° prot. _____ del _____ Ente _____

☐ DIA (L. 241/90) n° prot. _____ del _____ Ente _____

☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____

5 ☐ intrattenimento ex art. 68 Testo Unico Leggi Pubbliche Sicurezza ☐ licenza P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____

6 ☐ Intrattenimento ex art. 69 Testo Unico Leggi Pubbliche Sicurezza ☐ licenza P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____

7 ☐ Attività turistico ricettiva ☐ licenza P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____

☐ classificazione ☐ definitiva ☐ provvisoria

n° prot. _____ del _____ Ente _____

8 ☐ Altre attività P.S. (specificare) ☐ licenza P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____

Il/la sottoscritto/a inoltre

DICHIARA

- che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (Autocertificazione Antimafia)
- che l'edificio/i locali/l'area in cui si svolge l'attività ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'attività stessa e che, in caso di attività di somministrazione di alimenti e bevande, vengono rispettati i criteri di sorvegliabilità stabiliti, ove previsto, dal Ministero dell'Interno ai sensi del D.M. 564/92
- che l'attività sarà svolta nel rispetto delle norme applicabili all'attività oggetto della presente segnalazione e delle relative prescrizioni (ad es. in materia di urbanistica, igiene pubblica, igiene edilizia, tutela ambientale, tutela della salute nei luoghi di lavoro, sicurezza alimentare, regolamenti locali di polizia urbana annonaria)
- di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività oggetto della segnalazione (ad es. autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, licenze P.S., ecc.)
- nel caso l'attività sia svolta con utilizzo di locali chiusi sotterranei o semisotterranei da parte di lavoratori:
 - ☐ di assicurare idonee condizioni di aerazione, illuminazione e di microclima (art. 65, c 2, D.Lgs. 81/08)
 - ☐ di aver ottenuto dalla ASL il consenso all'uso dei locali (art. 65, comma 3, D. Lgs. 81/08)
- per i rifugi alpinistici ed escursionistici: la sussistenza dei requisiti strutturali del rifugio (art. 40 RR 5/2010), di rispettare il periodo minimo di apertura di 100 giorni all'anno (art. 46 R.R. 5/2010) nonché il rispetto di tutte le disposizioni del R.R. 5/2010
- di essere in possesso dei requisiti morali e professionali necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto della presente segnalazione
- in caso di attività che necessitano di requisiti professionali (*), questi sono posseduti da:
 - ☐ Titolare o legale rappresentante
 - ☐ Preposto o delegato dalla società

(*) Per attività di vendita e somministrazione compilare e allegare la Scheda 2 per ciascun soggetto

Per attività di servizi alla persona, compilare e allegare la Scheda 3

- ☐ in caso di modifiche all'attività che non riguardano la sede o i locali/impianti, che questi ultimi non hanno subito variazioni rispetto alle planimetrie già in possesso del Comune
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente segnalazione viene resa e in applicazione delle disposizioni sulla pubblicazione degli atti, ai sensi della L. 241/90. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Il titolare del trattamento è il Comune al quale la presente SCIA viene inoltrata.

NOTIFICA LA PROPRIA ATTIVITÀ

- ☐ nel caso si svolga nel settore alimentare, ai sensi del regolamento comunitario 852/2004
- ☐ nel caso si svolga nel settore dei mangimi, ai sensi del regolamento comunitario 1831/2003
- ☐ nel caso si svolga nel settore dei sottoprodotti di origine animale/prodotti derivati, ai sensi del regolamento comunitario 1069/2009
- ☐ nel caso di lavorazioni industriali con presenza di più di tre lavoratori, ai sensi dell'art. 67 del D.Lgs. 81/08

ELENCO ALLEGATI E SOTTOSCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a

ALLEGA

- ☐ **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ**
ai fini della verifica dell'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 nel caso in cui la SCIA non venga sottoscritta in presenza del funzionario ricevente
- ☐ **SCHEDA 1** - Attività di vendita ex art. 7 D.Lgs 114/98, forme speciali di vendita ex artt. da 16 a 21 del D.Lgs 117/98 e somministrazione ex art. 68 comma 4 L.R. 6/10
- ☐ **SCHEDA 2** - Requisiti morali e professionali per le attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande
(N° totale di schede allegate: _____)
- ☐ **SCHEDA 3** - Attività di servizi alla persona
- ☐ **SCHEDA 4** - Attività di produzione
- ☐ **SCHEDA 5** - Compatibilità ambientale
N.B. La scheda deve essere compilata in tutti i casi in cui l'attività presenti caratteristiche di rilevanza ambientale, indipendentemente dalla tipologia e dalla dimensione (es: emissioni in atmosfera, rischio incendio, impatto acustico ecc.)
- ☐ **SCHEDA 6** - Attività turistico ricettiva
- ☐ **P PLANIMETRIA DEI LOCALI IN SCALA NON INFERIORE A 1:100**
indicare anche, per ogni locale, destinazione d'uso, superficie, altezza, operazioni che vi si svolgono
- ☐ **D DESCRIZIONE STRUTTURE UTILIZZATE PER IL COMMERCIO AMBULANTE DI ALIMENTARI SU AREE PUBBLICHE**
(automezzi, autonegozi, ecc.)
(Non richiesto per coloro che utilizzano solo banchi mobili)
- ☐ **E ELENCO E TIPOLOGIA DEI MEZZI UTILIZZATI**, nel caso di attività di trasporto di alimenti o di sottoprodotti di origine animale/prodotti derivati
- ☐ **R RELAZIONE TECNICA, solo per le attività di produzione**, contenente descrizione del ciclo produttivo e tecnologico (con indicati le lavorazioni con i principali impianti, i sistemi di protezione e monitoraggio ambientale, i singoli prodotti e la loro quantità annua, le singole materie prime e il loro consumo annuo, la produzione di rifiuti con i relativi quantitativi per tipologia e loro destinazione).
- ☐ **ATTESTAZIONE/ASSEVERAZIONE** da allegare nel caso in cui la specifica normativa di settore preveda requisiti di natura tecnica o valutativa già oggetto di attestazione o asseverazione riguardante _____
rilasciata dal tecnico abilitato _____
- ☐ **DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ** rilasciata dalla Agenzia delle imprese _____
- ☐ **ALTRO** _____

Firma: _____

Data: _____ / _____ / _____

N.B. Per le attività aperte al pubblico, copia della presente segnalazione corredata della ricevuta di deposito da parte del Comune va tenuta esposta in modo visibile al pubblico all'interno dell'esercizio.



Regione
Lombardia

MODULISTICA
REGIONALE UNIFICATA
S.C.I.A. MODELLO B

Spazio per
apposizione
protocollo



**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI SUBINGRESSO / CESSAZIONE / SOSPENSIONE E RIPRESA /
CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE DI ATTIVITA' PRODUTTIVA**

Al Comune di **CERESARA**

Ai sensi delle L.R. 1/2007 e 33/2009, delle DGR 4502/2007, 6919/2008 e 8547/08 e del D.L. 78/2010 conv. in L.122/2010

020019

Codice ISTAT Comune
A cura degli Uffici Comunali

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M ☐ F ☐
Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. _____
Residenza: Comune _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
E-mail: _____
Se disponibile, indicare l'indirizzo PEC: _____
Telefono: _____ FAX: _____

in qualità di:

☐ **Titolare** ☐ **Curatore fallimentare**
☐ **Legale rappresentante** ☐ **Erede o avente causa**
☐ **Altro** _____

dell'Impresa/Azienda/Ente

Denominazione o ragione sociale: _____
☐ Ditta individuale ☐ SNC ☐ SAPA ☐ SAS ☐ SRL ☐ SURL ☐ SPA
☐ Ente pubblico ☐ Società Cooperativa ☐ SS ☐ Altro _____
*(soggetti non economici, es. persone fisiche o società no profit)
Codice Fiscale _____
Partita IVA (se diversa da C.F.) _____
con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
Telefono: _____ FAX: _____
☐ Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____
☐ In attesa di iscrizione al R.I. CCIAA ☐ Non tenuto all'iscrizione in quanto Ente o altra struttura
☐ Iscritto al R.E.A. al n° _____ ☐ In attesa di iscrizione al R.E.A.
☐ Posizione INAIL _____
☐ CODICE INAIL Impresa _____
☐ Iscritto all'Albo Imprenditori Agricoli Professionali n° _____ del ____ / ____ / ____ Prov. _____
☐ Iscritto all'Albo Imprese Artigiane al n° _____ del ____ / ____ / ____ Prov. _____

**consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del
DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,**

SEGNALA

☐ Il subingresso (S) ☐ Il cambiamento di ragione sociale
☐ La cessazione dell'attività (C) ☐ modifica soggetti titolari dei requisiti
☐ La sospensione / ripresa dell'attività (S/R)

ID pratica MUTA:

S.C.I.A. - MOD. B - Pag. 1

TIPOLOGIA DELL'ATTIVITÀ		Variazioni		
L'esercizio oggetto della presente segnalazione (attività ceduta, modificata o cessata) svolge attualmente le seguenti attività in base ai titoli riportati nel riquadro B8				B1a
1) ATTIVITA' ECONOMICHE NON ALIMENTARI		(S)	(C)	(S/R)
☐ 1.1	Attività produttiva (Industriale, manifatturiera, ecc.)			
☐ 1.2	Attività di deposito merci			
☐ 1.3	Commercio di prodotti fitosanitari			
☐ 1.4	<u>Attività nel settore dei mangimi</u>			
☐ 1.4.1	Agricoltura per la produzione di alimenti per uso zootecnico			
☐ 1.4.2	Essiccazione granaglie			
☐ 1.4.3	Stoccaggio granaglie			
☐ 1.4.4	Macinazione e brillatura			
☐ 1.4.5	Commercio di prodotti agricoli e zootecnici, mangimi, prodotti di origine minerale e chimico-industriale			
☐ 1.4.6	Commercio di additivi e/o premiscele			
☐ 1.4.7	Trasporto per conto terzi di additivi mangimi, materie prime, premiscele			
☐ 1.4.8	Fabbricazione di prodotti di origine minerale e chimico-industriale			
☐ 1.4.9	Fabbricazione additivi			
☐ 1.4.10	Fabbricazione premiscele			
☐ 1.4.11	Fabbricazione mangimi per commercio e autoconsumo			
☐ 1.4.12	Fabbricazione mangimi composti autorizzati			
☐ 1.4.13	Confezionamento di additivi, mangimi, premiscele			
☐ 1.5	<u>Attività di vendita</u>			
☐ 1.5.1	in esercizi di vicinato			
☐ 1.5.2	in spacci interni			
☐ 1.5.3	a mezzo apparecchi automatici (Art. 15 della L.R. n° 6/2010)			
☐ 1.5.4	per corrispondenza, televisione o altri sistemi di comunicazione			
☐ 1.5.5	presso il domicilio di consumatori			
☐ 1.5.6	in strutture della media e grande distribuzione			
☐ 1.5.7	nell'ambito del commercio ambulante su aree pubbliche			
☐ 1.6	<u>Attività di servizi alla persona</u>			
☐ 1.6.1	acconciatore			
☐ 1.6.2	estetista			
☐ 1.6.3	esecuzione di tatuaggi e piercing			
☐ 1.6.4	altro _____			
☐ 1.7	<u>Altre attività di servizio</u>			
☐ 1.7.1	lavanderia			
☐ 1.7.2	altro _____			
☐ 1.8	<u>Attività nel settore dei sottoprodotti di origine animale/prodotti derivati (Reg. CE 1069/2009)</u>			
☐ 1.8.1	Stabilimenti o impianti riconosciuti			
☐ 1.8.2	Trasporto			
☐ 1.8.3	Oleochimico			
☐ 1.8.4	Lavorazione di sottoprodotti/prodotti derivati per scopi diversi dall'alimentaz. animali			
☐ 1.8.5	Uso di sottoprodotti/prodotti derivati in esposizioni, attività artistiche e di ricerca			
☐ 1.8.6	Uso di sottoprodotti per l'alimentazione degli animali in deroga			
☐ 1.8.7	Centri di raccolta			
☐ 1.8.8	Produzione di cosmetici, dispositivi medici, diagnostici, medicinali, medicinali veterinari			
☐ 1.8.9	Altro			
☐ 1.9	<u>Attività nel settore della riproduzione animale</u>			
☐ 1.9.1	Strutture operanti sul territorio nazionale (D.M. 19 /07/2000, n. 403)			
☐ 1.9.2	Strutture riconosciute ai sensi della normativa comunitaria			

TIPOLOGIA DELL'ATTIVITÀ		Variazioni		
		(S)	(C)	(S/R)
2) ATTIVITÀ ECONOMICHE IN CAMPO ALIMENTARE				
2.1	<u>Attività di produzione primaria di alimenti</u>			
☐ 2.1.1	Agricoltura (coltivazione e allevamento), per la produzione di alimenti per uso umano			
☐ 2.1.2	Attività di caccia e pesca professionale			
☐ 2.1.3	produzione di latte crudo destinato a diventare latte fresco pastorizzato di alta qualità			
2.2	<u>Attività di trasformazione e/o somministrazione di alimenti</u>			
☐ 2.2.1	in stabilimenti (compresi gli impianti di macellazione), laboratori, centri di cottura			
☐ 2.2.2	nella ristorazione pubblica (bar, ristoranti, ecc.)			
☐ 2.2.3	nella ristorazione collettiva (mense e bar in ospedali, case di riposo, scuole, caserme, comunità religiose, ecc.)			
☐ 2.2.4	in strutture di vendita all'ingrosso			
☐ 2.2.5	in strutture ricettive ☐ limitatamente alle persone alloggiate ☐ al pubblico			
☐ 2.2.6	nell'ambito del commercio ambulante su aree pubbliche			
☐ 2.2.7	in occasione di manifestazioni temporanee			
☐ 2.2.8	in esercizi situati all'interno di aree di servizio delle strade extraurbane principali, nelle stazioni dei mezzi di trasporto pubblico e nei mezzi di trasporto pubblici			
☐ 2.2.9	Svolta congiuntamente ad attività di intrattenimento, in modo non prevalente in sale da ballo, locali notturni, stabilimenti balneari, impianti sportivi e altri			
☐ 2.2.10	Svolta nelle attività interne a musei, teatri, sale da concerti e simili			
☐ 2.2.11	nel domicilio di consumatori			
☐ 2.2.12	panificazione ☐ utilizzo complessivo giornaliero superiore a 300 Kg di farina			
☐ 2.2.13	in esercizi di vicinato			
☐ 2.2.14	in strutture della media e grande distribuzione			
2.3	<u>Attività di vendita di alimenti</u>			
☐ 2.3.1	in esercizi di vicinato			
☐ 2.3.2	in spacci interni			
☐ 2.3.3	a mezzo di apparecchi automatici			
☐ 2.3.4	per corrispondenza, televisione o altri sistemi di comunicazione			
☐ 2.3.5	presso il domicilio di consumatori			
☐ 2.3.6	vendita diretta di alimenti prodotti in proprio da agricoltori			
☐ 2.3.7	in strutture della media e grande distribuzione			
☐ 2.3.8	nell'ambito del commercio ambulante su aree pubbliche			
2.4	<u>Attività di deposito di alimenti</u>			
☐ 2.4.1	in strutture proprie separate da quelle di vendita			
☐ 2.4.2	in strutture proprie interne alla vendita all'ingrosso o di media e grande distribuzione			
☐ 2.4.3	per conto terzi			
2.5	<u>Attività di trasporto di alimenti</u>			
☐ 2.5.1	con mezzi propri			
☐ 2.5.2	per conto terzi			
3) ALTRE ATTIVITÀ				
3.1	<u>Attività turistico ricettiva</u>			
☐ 3.1.1	attività ricettiva alberghiera (es. albergo, motel, residenza turistico alberghiera)			
☐ 3.1.2	attività ricettiva non alberghiera (es. case per ferie, ostelli per la gioventù, esercizi di affittacamere, bed & breakfast, case e appartamenti per le vacanze, rifugi alpinistici ed escursionistici)			
☐ 3.1.3	attività ricettiva all'aria aperta (es. campeggio, villaggio turistico, area di sosta)			
N.B. indicare, barrando la casella, il tipo di variazione che si intende segnalare per ogni attività. Tale indicazione non viene richiesta per il cambiamento di ragione sociale in quanto si applica automaticamente ad ogni attività.				

Il/la sottoscritto/a DICHIARA

SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ

B1b**N.B. In caso di più sedi operative, presentare una segnalazione per ciascuna di esse**

IDENTIFICATIVO UNITÀ LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

Via, Piazza, Località

n°

C.A.P.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dati catastali:

Foglio

Mappale

Subalterno

CESSAZIONE ATTIVITÀ PER:

☐ Trasferimento di proprietà o di gestione dell'impresa☐ Chiusura definitiva dell'attività**B2**

a far tempo dal giorno ____ / ____ / ____

A seguito delle cessazioni indicate, nella suddetta sede operativa:

☐ cessa completamente ogni attività☐ rimangono in essere altre attività

SUBINGRESSO A:

Denominazione o ragione sociale:

B3

con sede legale nel Comune di

Prov.

--	--	--	--	--

Via, Piazza, Località

n°

C.A.P.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

a far tempo dal giorno ____ / ____ / ____

nell'attività con sede operativa in:

Via, Piazza, Località

n°

C.A.P.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dati catastali:

Foglio

Mappale

Subalterno

a seguito di:

☐

compravendita

☐

affitto di azienda

☐

donazione

☐

cessazione di affitto di azienda

☐

successione per atto tra vivi

☐

successione mortis causa

☐

fusione di azienda

☐

altre cause: specificare

Il subingresso avviene:

☐

nella titolarità

☐

in gestione sino al

____ / ____ / ____

DICHIARA inoltre

☐

che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune

☐

che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata/dichiarata

☐che i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita SCIA (**MODELLO A**)

- che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 575/1965 (Autocertificazione Antimafia)

- di essere in possesso dei requisiti morali e professionali necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto della presente segnalazione

- in caso di attività che necessitano di requisiti professionali (*), questi sono posseduti da:

☐

Titolare o legale rappresentante

☐

Preposto o delegato dalla società

(*) Per attività di vendita e somministrazione compilare e allegare la Scheda 2 per ciascun soggetto**Per attività di servizi alla persona, compilare e allegare la Scheda 3**

- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente segnalazione viene resa e in applicazione delle disposizioni sulla pubblicazione degli atti, ai sensi della L. 241/90. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Il titolare del trattamento è il comune al quale la presente SCIA viene inoltrata.

SOSPENSIONE O RIPRESA DELL'ATTIVITÀ

L'attività con sede operativa in:

B4

Via, Piazza, Località

n°

C.A.P.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dati catastali:

Foglio

Mappale

Subalterno

☐verrà **SOSPESA** fino al

____ / ____ / ____

per i seguenti motivi:

☐

precedentemente sospesa dal

____ / ____ / ____

verrà **RIPRESA** dal

____ / ____ / ____

CAMBIAMENTO RAGIONE SOCIALE

La denominazione o ragione sociale cambia

B5

dall'attuale:

alla nuova:

MODIFICA SOGGETTI TITOLARI DEI REQUISITI

Cessano la titolarità dei requisiti :

B6

Cognome _____ Nome _____ CF _____

Cognome _____ Nome _____ CF _____

Cognome _____ Nome _____ CF _____

Il possesso dei requisiti viene garantito dal/i soggetto/i per il/i quale/i si allegano n° _____ SCHEDA/E n. 2 o 3

DICHARA INOLTRE

☐ che i locali non hanno riportato modifiche rispetto alle planimetrie già in possesso di codesto Comune

B7

☐ che nulla è cambiato nelle condizioni di esercizio dell'attività precedentemente autorizzata / dichiarata

☐ che i locali e/o l'attività hanno riportato modifiche per le quali sarà presentata apposita SCIA (**MODELLO A**)

ESTREMI TITOLI AUTORIZZATIVI POSSEDUTI PER ATTIVITA' COMMERCIALI

BARRARE LA CASELLA IN CORRISPONDENZA DEL TITOLO CHE SI RESTITUISCE PER CESSAZIONE:

B8

DIAP, DIA E SCIA NON VANNO RESTITuite



1 ☐ commercio di vicinato	☐ SCIA (l.122/10) n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. _____ del _____ Ente _____
2 ☐ commercio in spazi interni	☐ COM n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ ☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
3 ☐ Commercio in altre forme speciali	☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ ☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
4 ☐ Commercio in Medie strutture	☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ ☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
5 ☐ Commercio in Grandi strutture	☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ ☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
6 ☐ commercio su Aree Pubbliche	☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
7 ☐ somministrazione alimenti e bevande	☐ SCIA (l.122/10) n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ DIA (241/90) n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ autorizzazione n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
8 ☐ intrattenimento ex art. 68 Testo Unico Leggi Pubblica Sicurezza	☐ LICENZA P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
9 ☐ Intrattenimento ex art. 69 Testo Unico Leggi Pubblica Sicurezza	☐ LICENZA P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
10 ☐ Attività Ricettive	☐ SCIA (l.122/10) n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ LICENZA P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
11 ☐ Altre attività P.S. (specificare) 	☐ LICENZA P.S. n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐
12 ☐ Attività produttive	☐ SCIA (l.122/10) n° prot. _____ del _____ Ente _____ ☐ DIAP (l.r. 1/07) n° prot. _____ del _____ Ente _____

ID pratica MUTA:

S.C.I.A. - Mod. B - Pag. 5

ALLEGA

☐ COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ
Ai fini della verifica dell'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000
(OBBLIGATORIA nel caso in cui la SCIA non venga sottoscritta in presenza del funzionario ricevente)

☐ SCHEDA 2 - Requisiti morali e professionali per le attività di vendita e somministrazione di alimenti e bevande
(N° totale di schede allegate: _____)

☐ SCHEDA 3 - Servizi alla persona

☐ N° _____ TITOLI AUTORIZZATIVI delle attività che cessano

☐ COPIA ATTO DI CESSIONE O DICHIARAZIONE NOTARILE

☐ ALTRO: _____

Firma: _____

Data: ____ / ____ / _____

N.B. Per le attività aperte al pubblico, copia della presente segnalazione corredata della ricevuta di deposito da parte del Comune va tenuta esposta in modo visibile al pubblico all'interno dell'esercizio.

**ATTIVITÀ DI VENDITA EX ART. 7 D.LGS 114/98,
FORME SPECIALI DI VENDITA EX ARTT. DA 16 A 21 D.LGS 114/98
SOMMINISTRAZIONE EX ART. 68 COMMA 4 L.R. 06/10****LOCALI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ****SUPERFICIE DELL'ESERCIZIO****1.1**

Riportare la distribuzione della superficie dell'esercizio presso cui si svolgerà l'attività, nei casi di: avvio nuova attività, variazione attività esistente, trasferimento attività in altra sede

N.B. Tutte le superfici vanno arrotondate all'unità

SUPERFICIE DI VENDITA IN MQ

☐ Alimentari

A1

--	--	--	--	--

☐ Non alimentari

A2

--	--	--	--	--

TABELLE SPECIALI

N.B. Per superficie delle tabelle speciali si intende solo quella dei generi abbinati☐ Generi di monopolio

A3

--	--	--	--	--

☐ Farmacie

A4

--	--	--	--	--

☐ Carburanti

A5

--	--	--	--	--

TOTALE SUPERFICIE DI VENDITA (A1+A2+A3+A4+A5)

A

--	--	--	--	--

SUPERFICIE SOMMINISTRAZIONE

B

--	--	--	--	--

SUPERFICIE INTRATTENIMENTO E SVAGO

C

--	--	--	--	--

SUPERFICI ALTRE ATTIVITÀ

(ingrosso, servizi, altro _____)

D

--	--	--	--	--

SUPERFICI ACCESSORIE (magazzini, servizi, uffici)

E

--	--	--	--	--

☐ Barrare se la superficie è calcolata in maniera convenzionale (vendita di generi ingombranti, inamovibili, a consegna differita)**SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO**

(A+B+C+D+E)

--	--	--	--	--

Eventuali altre attività svolte nella stessa unità locale:

1.2☐ Nessuna☐ Altre attività CODICE ATECO (prime tre cifre) _____
o descrizione _____

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

L'attività è svolta al domicilio del dichiarante?

☐

SI

☐

NO

1.3

SITUAZIONE LOCALI ESISTENTI DA VARIARE

L'attività oggetto della presente segnalazione si svolge attualmente nei seguenti locali:

1.4

IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE

Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

Via, Piazza

n°

C.A.P.

All'interno dell'Azienda/Ente (*)

(*) solo se si tratta di spaccio interno o di somministrazione abbinata ad altre attività

SITUAZIONE AUTORIZZATIVA OGGETTO DI VARIAZIONE

TITOLARE

1.5

N.B. Solo se diverso dall'azienda richiedente di cui al frontespizio della segnalazione

Indicare i titoli autorizzativi delle attività oggetto di variazione:

1.6

TIPOLOGIA ATTIVITÀ

TITOLO ABILITATIVO

☐ commercio di vicinato

☐ commercio in spacci
interni

☐ autorizzazione

☐ COM

☐ DIAP (l.r. 1/07)

☐ SCIA (L.122/10)

n° prot. _____ del _____ Ente _____

n° prot. _____ del _____ Ente _____

n° prot. _____ del _____ Ente _____

n° prot. _____ del _____ Ente _____

☐ somministrazione
alimenti e bevande

☐ autorizzazione

☐ DIA (L. 241/90)

☐ DIAP (l.r. 1/07)

☐ SCIA (L.122/10)

n° prot. _____ del _____ Ente _____

n° prot. _____ del _____ Ente _____

n° prot. _____ del _____ Ente _____

n° prot. _____ del _____ Ente _____

SUPERFICIE DELL'ESERCIZIO PRIMA DELLE VARIAZIONI

Riportare la distribuzione della superficie dell'esercizio prima delle variazioni o del trasferimento
in altra sede

1.7

N.B. Tutte le superfici vanno arrotondate all'unità

SUPERFICIE DI VENDITA IN MQ

☐ Alimentari

A1

☐ Non alimentari

A2

TABELLE SPECIALI

**N.B. Per superficie delle tabelle speciali si intende solo
quella dei generi abbinati**

☐ Generi di monopolio

A3

☐ Farmacie

A4

☐ Carburanti

A5

TOTALE SUPERFICIE DI VENDITA (A1+A2+A3+A4+A5)

A

SUPERFICIE SOMMINISTRAZIONE

B

SUPERFICIE INTRATTENIMENTO E SVAGO

C

SUPERFICI ALTRE ATTIVITÀ

D

(ingrosso, servizi, altro _____)

SUPERFICI ACCESSORIE (magazzini, servizi, uffici)

E

☐ Barrare se la superficie è calcolata in maniera convenzionale
(vendita di generi ingombranti, inamovibili, a consegna differita)

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO

(A+B+C+D+E)

VARIAZIONI ALL'ATTIVITÀ

IL PREDETTO ESERCIZIO SUBIRÀ LE SEGUENTI VARIAZIONI

☐ TRASFERIMENTO DI SEDE

1.8

- all'indirizzo indicato nel MODELLO A - Punto A3 "Sede di svolgimento dell'attività"
- presso i locali aventi le caratteristiche specificate nella presente scheda ai Punti 1.1, 1.2 e 1.3

N.B. Qualora il trasferimento di sede comporti variazioni merceologiche o modifiche alla superficie attuale dell'esercizio indicata al Punto 1.7, specificare le variazioni intervenute compilando anche i seguenti Punti 1.9 e 1.10

☐ VARIAZIONE DI SUPERFICIE

1.9

	Aumento	Diminuzione	Entità della variazione	
☐ Alimentare			_ _ _ _	mq
☐ Non alimentare			_ _ _ _	mq
• Tabelle speciali:				
☐ Generi monopolio			_ _ _ _	mq
☐ Farmacie			_ _ _ _	mq
☐ Carburanti			_ _ _ _	mq
☐ Somministrazione alimenti e bevande			_ _ _ _	mq

☐ VARIAZIONE MERCEOLOGICA O DI ATTIVITÀ

1.10

☐ Alimentare		aggiunta		eliminata
☐ Non alimentare		aggiunta		eliminata
• Tabelle speciali:				
☐ Generi monopolio		aggiunta		eliminata
☐ Farmacie		aggiunta		eliminata
☐ Carburanti		aggiunta		eliminata
☐ Somministrazione alimenti e bevande		aggiunta		eliminata

FORME SPECIALI DI VENDITA - AVVIO

(Vendita per corrispondenza, televisione ecc., commercio elettronico,
vendita al domicilio del consumatore)

INIZIO VENDITA PER CORRISPONDENZA, TELEVISIONE, ECC.

1.11

L'ATTIVITÀ VERRÀ SVOLTA:

- ☐ Per Corrispondenza ☐ Per Televisione ☐ Commercio Elettronico
- ☐ Con altri sistemi di comunicazione (specificare) _____
- _____
- ☐ presso il domicilio del consumatore

CARATTERISTICHE DELLA FORMA SPECIALE DI VENDITA

1.12

L'ATTIVITÀ È SVOLTA INSIEME AD ALTRA ATTIVITÀ?

- ☐ SI, negli stessi locali ☐ SI, in locali separati ☐ NO

Altra attività CODICE ATECO (prime tre cifre)

Deposito merci utilizzato: ☐ in proprio ☐ di terzi

Indirizzo: _____

SITI WEB UTILIZZATI (*)

- ☐ Sito individuale WWW. _____
- ☐ Sito collettivo WWW. _____

(*) Il sito WEB deve essere sempre quello di appartenenza del soggetto che svolge effettivamente attività di vendita sul territorio italiano

COMMERCIO AL DOMICILIO DEL CONSUMATORE:

intende avvalersi per l'esercizio dell'attività di incaricati

- ☐ NO
- ☐ SI ne allega l'elenco e, per ciascuno, la dichiarazione del possesso dei requisiti di onorabilità prescritti per l'esercizio dell'attività di vendita (ex art. 71 c. 1 del D.Lgs. 59/2010)

FORME SPECIALI DI VENDITA - VARIAZIONI

(Vendita per corrispondenza, televisione ecc., commercio elettronico,
vendita diretta al domicilio del consumatore)

L'ATTIVITÀ OGGETTO DELLA PRESENTE SEGNALEZIONE SUBIRÀ LE SEGUENTI VARIAZIONI:

1.13

☐

TRASFERIMENTO DI SEDE

- L'attività verrà trasferita all'indirizzo indicato MODELLO A - Punto A3 "Sede di svolgimento dell'attività"

☐

Mantenendo le stesse caratteristiche di attività

N.B. In caso di ulteriori variazioni, compilare anche i quadri seguenti

1.14

☐

VARIAZIONE O AGGIUNTA DI MERCEOLOGIE

La composizione merceologica dell'attività subirà le seguenti variazioni:

☐

Settore alimentare (*)

☐

aggiunto

☐

eliminato

☐

Settore non alimentare

☐

aggiunto

☐

eliminato

(*) In caso di aggiunta di alimentari compilare la SCHEDA 2, limitatamente ai requisiti professionali al Punto 3

1.15

☐

VARIAZIONE SITO WEB

Il sito WEB sarà sostituito dal seguente: (*)

☐

Sito individuale

WWW. _____

☐

Sito collettivo

WWW. _____

(*) Il sito WEB deve essere sempre quello di appartenenza del soggetto che svolge effettivamente attività di vendita sul territorio italiano

1.16

☐

VARIAZIONE INCARICATI PER L'ATTIVITÀ DI COMMERCIO AL DOMICILIO DEL CONSUMATORE:

☐

intende avvalersi di incaricati o comunicare variazioni riguardanti gli incaricati già nominati.
ne allega l'elenco e, per ciascuno, la dichiarazione del possesso dei requisiti di onorabilità prescritti per l'esercizio dell'attività di vendita (ex art. 71 c. 1 del D.Lgs. 59/2010)



Regione
Lombardia

MODULISTICA
REGIONALE UNIFICATA
S.C.I.A. - SCHEDA 2

Allegato alla segnalazione di

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**REQUISITI MORALI E PROFESSIONALI PER LE ATTIVITÀ
DI VENDITA E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE**

NOTA DI COMPILAZIONE

I requisiti morali devono essere posseduti e dichiarati da ciascuno dei seguenti soggetti: titolare o legale rappresentante, preposto o delegato se designato, ciascuno dei soci e degli amministratori in caso di società ai sensi dell'art. 2 D.P.R. 252/1998.

Vanno allegati i documenti di identità di tutti i soggetti che compilano la presente scheda 2.

Cognome											Nome																																			
C.F.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																													
Data di nascita	___ / ___ / ___		Cittadinanza											Sesso	M	☐	F	☐																												
Luogo di nascita:	Stato											Provincia											Comune																							
Residenza:	Stato											Provincia											Comune																							
Via, Piazza, ecc.																				N.											C.A.P.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
☐	TITOLARE DELL'ATTIVITÀ'										☐	SOCIO										☐	MEMBRO DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE																							
☐	LEGALE RAPPRESENTANTE della società																																													
☐	DELEGATO dalla società																														in data	___ / ___ / ___														

consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

REQUISITI MORALI

- Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.Lgs. 59/2010
- Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia).

REQUISITI PROFESSIONALI

- Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali ai sensi dell' art. 71, comma 6, D.Lgs. 59/2010
 - ☐ aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti riconosciuto dalla Regione
nome dell'Istituto _____ sede _____
oggetto del corso _____ anno di conclusione _____
 - ☐ di essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di laurea, anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, purché nel corso di studi siano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti.
Tipologia di Titolo _____
nome dell'Istituto _____ sede _____
oggetto del corso _____ anno di conclusione _____
 - ☐ avere prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o della somministrazione di alimenti e bevande, in qualità di:
☐ in proprio ☐ socio lavoratore
☐ dipendente qualificato, addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione degli alimenti
☐ coadiutore familiare (se trattasi di coniuge, parente o affine, entro il terzo grado, dell'imprenditore)
comprovata dalla iscrizione INPS N° _____ del ___ / ___ / ____
nome impresa _____
sede impresa _____
 - ☐ essere stato iscritto al REC di cui alla L.426/71 per uno dei gruppi merceologici individuati dalle lettere a) b) e c) dell'art. 12, c.2 del DM 375/88, presso la CCIAA di _____
N° _____ in data ___ / ___ / ____

Data ___ / ___ / ____

FIRMA _____

Privacy: nel compilare questo modello si richiede di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003 e s.m.i.). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso, Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.



**MODULISTICA
REGIONALE UNIFICATA
S.C.I.A. - SCHEDA 3**

Allegato alla segnalazione di

C.F. | | | | | | | | | | | | | | |

REQUISITI PROFESSIONALI PER ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA

☐ **Acconciatore**

3.1

Responsabile tecnico designato ai sensi dell' art. 3, c. 5, della Legge 174/05:

in qualità di: ☐ Titolare ☐ Socio partecipante al lavoro ☐ Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M ☐ F ☐

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov.

Residenza: Comune _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P.

in possesso della qualificazione professionale di acconciatore rilasciata da:

in data ____ / ____ / ____

☐ Estetista		3.2
in qualità di:	☐ Titolare	☐ socio
		☐ Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa
Cognome _____	Nome _____	
Codice Fiscale _____	_____	
Data di nascita: ____ / ____ / ____	Cittadinanza: _____	Sesso M ☐ F ☐
Luogo di nascita: Stato _____	Comune _____	Prov.
Residenza: Comune _____		Prov.
Via, Piazza _____	n° _____	C.A.P.

in possesso della qualificazione professionale di estetista di cui alla legge 1/90 rilasciata da:

in data ____ / ____ / ____

Si impegna ad utilizzare apparecchi elettromeccanici per uso estetico che rientrano nell'elenco allegato alla legge 1/90 e ad utilizzare locali, attrezzature e prodotti conformi ai requisiti definiti nel regolamento comunale e comunque ai requisiti minimi di cui al Decreto D.G. Sanità 13 marzo 2003, n. 4259

☐ **Esecuzione di tatuaggio e piercing**

☐ **3.3**

in qualità di: ☐ Titolare ☐ socio ☐ Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M ☐ F ☐

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov.

Residenza: Comune _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

in possesso di attestato relativo al corso di formazione per l'attività rilasciato da: _____

in data ____ / ____ / ____

Si impegna al rispetto delle norme igienico-sanitarie applicabili all'attività ed alle indicazioni di cui al Decreto D.G. Sanità 27 aprile 2004 n. 6932 nell'esercizio dell'attività.

**ATTIVITÀ DI PRODUZIONE****INFORMAZIONI GENERALI**NUMERO ADDETTI previsto al momento della presentazione della DIAP
(personale inserito stabilmente nell'ambiente di lavoro, anche se non a carattere subordinato)

--	--	--	--	--

NUMERO ADDETTI DELLE IMPRESE APPALTATARIE con riferimento ad eventuali appalti di servizio o d'opera
(personale che si prevede inserito stabilmente nell'ambiente di lavoro, appartenente ad impresa diversa dalla presente)

--	--	--	--	--

NUMERO ADDETTI ADIBITI AD ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE, già compresi nel numero totale che operano
al di fuori della produzione/attività di servizio

--	--	--	--	--

DETTAGLIO ATTIVITÀ

Inserire codici ATECO delle attività svolte dell'impresa (anche se limitate)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							dell'anno	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							dell'anno	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							dell'anno	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							dell'anno	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							dell'anno	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

Se una delle attività è soggetta ad autorizzazione del
Ministero della Salute, citarne gli estremi:
autorizzazione n. _____
rilasciata il: _____
ai sensi della norma: _____L'attività si riferisce, anche in modo non esclusivo, a materiali o prodotti destinati ad entrare
in contatto diretto con alimenti e bevande ☐ SÌ ☐ NO**INFORMAZIONI SPECIFICHE****TIPOLOGIA DI IMPIANTO**

- ☐ a ciclo chiuso e sigillato
- ☐ a ciclo chiuso ma con carico e scarico manuale
- ☐ a ciclo chiuso ma con periodici e limitati interventi manuali
- ☐ processo con operatori efficacemente remotizzati
- ☐ manuale
- ☐ manuale in condizioni d'esercizio non adeguate

N.B. Dalla definizione: "interventi manuali" sono esclusi gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria**TIPOLOGIA MATERIALE / PRODOTTO UTILIZZATO**

NOME MATERIALE/PRODOTTO: _____

QUANTITATIVO ANNUO MEDIO (completo di unità di misura):

--	--	--	--	--	--

STATO CHIMICO FISICO:

- ☐ gas
- ☐ liquido, in rapporto alla temperatura di ebollizione:
- ☐ meno di 50°C ☐ 50-150°C ☐ più di 150°C
- ☐ solido, in rapporto alla respirabilità:
- ☐ non respirabile (granuli o scaglie) ☐ respirabile

TIPO LAVORAZIONEApporto di energia termica: ☐ senza ☐ con
Apporto di energia meccanica: ☐ senza ☐ con

TIPOLOGIA RISCHI PER I LAVORATORI☐ **AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI**☐ **AGENTI BIOLOGICI**☐ **AGENTI CHIMICI**☐ gas, vapori e fumi☐ polveri e nebbie☐ liquidi☐ **AGENTI FISICI**☐ rumore☐ vibrazioni☐ videoterminali☐ microclima/illuminazione☐ radiazioni☐ **ORGANIZZAZIONE LAVORO**☐ caratteristiche strutturali luogo di lavoro☐ movimentazione manuale dei carichi☐ movimentazione altro☐ **INFORTUNI**☐ rischio elettrico☐ rischio meccanico☐ cadute dall'alto☐ **ESPLOSIONE (atmosfere esplosive)**☐ **INCENDIO****VOCE TARIFFA INAIL**

1) _____

3) _____

2) _____

4) _____

**COMPATIBILITÀ AMBIENTALE****NOTA DI COMPILAZIONE**

La scheda deve essere compilata in tutti i casi in cui l'attività presenti caratteristiche di rilevanza ambientale, indipendentemente dalla tipologia e dalla dimensione (es: emissioni in atmosfera, rischio incendio, scarichi idrici, impatto acustico ecc.).

TIPOLOGIA AUTORIZZAZIONE	Estremi	Data
Scarichi idrici (D.Lgs. 152/06 smi) <i>Tipologia:</i> ☐ Domestico o assimilato ☐ Industriale ☐ Meteorico <i>Recapito:</i> ☐ Pubblica fognatura ☐ Corpo Idrico Superficiale ☐ Suolo/sottosuolo		
Emissioni in atmosfera (D.Lgs. 152/06 smi) <i>Tipologia:</i> ☐ Scarsamente rilevante (comunicazione al Comune) ☐ attività in deroga ☐ autorizzazione ordinaria Art. 12 D.Lgs 387 del 2003 (energie rinnovabili) ☐ Autorizzazione Unica		
Deposito/trattamento rifiuti (D.Lgs. 152/06 smi) <i>Tipologia:</i> ☐ attività in semplificata ☐ attività in ordinaria		
Autorizzazione integrata ambientale (D.Lgs.152/06 smi) Altro ☐ Distributori carburante uso interno ☐ Detenzione o impiego gas tossici (R.D.147/27)		
ATTIVITÀ CLASSIFICATA A RISCHIO DI INCIDENTE RILEVANTE (D.Lgs. 334/99 e s.m.i.) ☐ SI ☐ Art. 8 ☐ Art. 6 Data notifica		
CLASSIFICAZIONE INDUSTRIE INSALUBRI (art. 216 TULLSS, DM Sanità 59/1994) L'attività svolta è presente nell'elenco delle attività insalubri di 1 ^a e 2 ^a classe? ☐ 1 ^a classe ☐ 2 ^a classe		
PRESENZA SERBATOI: ☐ SI ☐ fuori terra ☐ doppia parete ☐ interrati ☐ doppia parete		
DOCUMENTAZIONE DI PREVISIONE DI IMPATTO ACUSTICO (art. 8 c. 4 L. 447/95 e DGR 8313 del 8/3/2002) redatta da un tecnico competente in acustica nelle forme previste dalla legislazione vigente (L.R.13/01)		
Data di rilascio		
Tecnico competente che ha rilasciato la documentazione		
In caso di insediamento che ricade in fascia di rispetto di elettrodotti: RELAZIONE ATTESTANTE IL RISPETTO DEL LIMITE DI ESPOSIZIONE E DICHIARAZIONE CHE I LOCALI VENGONO FRUITI AI SENSI DELL'ART 4 DEL DPCM 08/07/2003		
Data di rilascio		
Tecnico competente che ha rilasciato la documentazione		
IMPIEGO SORGENTI RADIOATTIVE O APPARECCHIATURE EMETTENTI RADIAZIONI IONIZZANTI (D. Lgs. 230/95 e s.m.i.)		
Estremi comunicazione preventiva già presentata o numero nulla osta ottenuto		
Autorità che ha rilasciato il nulla osta o cui è stata presentata la comunicazione preventiva		
Data di rilascio / presentazione		
RISCHIO INCENDIO (D.Lgs 139/2006, DPR 37/98 e DM 16/02/82 e s.m.i.)		
Estremi parere di conformità rilasciato dal Comando Vigili del Fuoco		
Estremi della ricevuta della Dichiarazione Inizio Attività (DIA) presentata a Comando Vigili del Fuoco		
NB: in mancanza della ricevuta della Dichiarazione Inizio Attività (DIA) , indicare:		
Data di presentazione al Comando Vigili del Fuoco della richiesta di Certificato di Prevenzione Incendi (CPI) corredata dalla dichiarazione di inizio attività (DIA)		

**ATTIVITÀ TURISTICO RICETTIVA****CARATTERISTICHE DELL'ATTIVITÀ OGGETTO DI SEGNALAZIONE****ATTIVITÀ RICETTIVA ALBERGHIERA****6.1**

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ albergo tradizionale | ☐ albergo meubl  o garni | ☐ motel |
| ☐ albergo - centro benessere | ☐ albergo - dimora storica | ☐ villaggio albergo |
| ☐ residenza turistico alberghiera | ☐ albergo diffuso (COMPILARE ANCHE 6.8) | |
| ☐ altro (specificare) _____ | | |

Denominazione _____

numero stelle* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 5 lusso

*l'ottenimento della classificazione provinciale   pre requisito necessario per la presentazione della SCIA

n� camere	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						n� posti letto	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
n� appartamenti	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						n� posti letto	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
Totale camere + appartamenti	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Tot. posti letto	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

servizio di autorimessa (obbligatorio in caso di motel) ☐ presente ☐ non presentesomministrazione ai soli alloggiati (obbligatorio in caso di motel) ☐ presente ☐ non presente

☐ con dipendenza in via _____	n� _____ C.A.P.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
n� camere / appartamenti	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						n� posti letto	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
<i>Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune</i>													

☐ con dipendenza in via _____	n� _____ C.A.P.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
n� camere / appartamenti	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						n� posti letto	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
<i>Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune</i>													

☐ con dipendenza in via _____	n� _____ C.A.P.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
n� camere / appartamenti	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						n� posti letto	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
<i>Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune</i>													

ATTIVITÀ RICETTIVA NON ALBERGHIERA**6.2**

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ casa per ferie | ☐ ostelli per la giovent  | ☐ esercizi di affittacamere | ☐ bed & breakfast |
| ☐ case e appartamenti per vacanze | ☐ rifugi alpinistici | ☐ rifugi escursionistici | |

Denominazione _____

n  camere / appartamenti

--	--	--	--	--

 n  posti letto

--	--	--	--	--

IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune*Somministrazione: ☐ ai soli alloggiati ☐ al pubblico**ATTIVITÀ RICETTIVA ALL'ARIA APERTA****6.3**

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| ☐ campeggio | ☐ villaggio turistico | ☐ area di sosta |
|------------------------------------|--|--|

Denominazione _____

numero stelle* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

*l'ottenimento della classificazione provinciale   pre requisito necessario per la presentazione della SCIA

somministrazione ai soli alloggiati ☐ presente ☐ non presente

VARIAZIONI ALL'ATTIVITÀ RICETTIVA

6.4

☐ TRASFERIMENTO DI SEDE

Dall'indirizzo attuale in:

Comune di _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P.

all'indirizzo indicato nel MODELLO A - Punto A3 "Sede di svolgimento dell'attività"

☐ TRASFERIMENTO DIPENDENZA

Dall'indirizzo attuale in:

Comune di _____ Prov.

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P.

all'indirizzo indicato al punto 6.1

6.5

☐ VARIAZIONE CLASSIFICAZIONE

numero stelle* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 5 lusso

*l'ottenimento della classificazione provinciale è pre requisito necessario per la presentazione della SCIA

6.6

☐ VARIAZIONE DEL NUMERO CAMERE/APPARTAMENTI/POSTI LETTO

	Aumento	Diminuzione	Entità della variazione	
☐ camere				numero
☐ appartamenti				numero
☐ posti letto				numero

6.7

☐ VARIAZIONE CARATTERISTICHE DELLE DIPENDENZE

	Aumento	Diminuzione	Entità della variazione	
☐ camere				numero
☐ appartamenti				numero
☐ posti letto				numero

ESERCIZIO DI ATTIVITA' ALBERGHIERA DI ALBERGO DIFFUSO**AVVIO ATTIVITA' ALBERGHIERA DI ALBERGO DIFFUSO****6.8****IL SOTTOSCRITTO DICHIARA**

- che l'ufficio ricevimento ed accoglienza, eventuali sale di uso comune, ristorante e spazio vendita per i prodotti tipici locali sono ubicati nel territorio del Comune al quale si inoltra la presente SCIA ad una distanza non superiore a metri 400 da tutte le camere / alloggi
- che tutte le camere/alloggi hanno destinazione d'uso compatibile con l'attività alberghiera
- che è garantito il rispetto dei requisiti strutturali ed igienico sanitari previsti dalla vigente normativa per lo svolgimento dell'attività alberghiera
- che è garantita la gestione unitaria dell'albergo a norma dell'art. 22, comma 1, della L.R. 15/2007

☐ che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono ubicato/i
nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE _____
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

☐ che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono ubicato/i
nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE _____
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

☐ che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono ubicato/i
nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE _____
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

VARIAZIONE DI ATTIVITA' ALBERGHIERA DI ALBERGO DIFFUSO☐ **TRASFERIMENTO DELLE CAMERE/ALLOGGI****6.9**

☐ che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono trasferito/i
nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE _____
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

☐ che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono trasferito/i
nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE _____
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune

☐ che n° _____ camera/e o alloggi con n° _____ posti letto è/ sono trasferito/i
nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
IDENTIFICATIVO UNITA' LOCALE ASSEGNATO DAL COMUNE _____
Da compilarsi solo ed esclusivamente da parte del Comune