

SPORTELLO UNICO ATTIVITÀ PRODUTTIVE

AL COMUNE DI _____

PRIVACY: Nel compilare questo modello Le chiederemo 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). 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.

COMUNICAZIONE PER AFFITTO DI POLTRONA, CABINA O POSTAZIONE DI LAVORO

QUADRO 1

II/La sottoscritto/a affidatario				
cognome		nome		
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita	
codice fiscale		cittadinanza		sex M F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza		C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	Recapito telefonico	
Indirizzo e mail		Recapito fax	Recapito telefonico portatile	
(per il cittadino non comunitario) il/la sottoscritto/a dichiara	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°		data di rilascio
	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)

in qualità di titolare dell'impresa individuale				
codice fiscale		partita IVA		
sede nel comune di		provincia o stato estero	C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	Recapito telefonico	
Indirizzo e mail		Recapito fax	Recapito telefonico portatile	
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA	

in qualità di legale rappresentante della società procuratore (estremi atto)				
denominazione / ragione sociale				
codice fiscale		partita IVA		
sede nel comune di		provincia o stato estero	C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	Recapito telefonico	
Indirizzo e mail		Recapito fax	Recapito telefonico portatile	
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA	

*Copia del presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio, entro 30 giorni dall'effettivo verificarsi del fatto qualora non siano giunte da parte del Comune comunicazioni contrarie

IN RELAZIONE ALL'ATTIVITA' di **estetista** **acconciatore** **tatuatore** ubicata in:

COMUNE.						
via, viale, piazza, ecc.					numero/i civico/i	
Intestata alla ditta					INSEGNA	
dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	particella	subalterno

**Trasmette la seguente
COMUNICAZIONE**

FATTISPECIE A	<input type="checkbox"/>	AFFITTO DI POLTRONA PER ACCONCIATORE
FATTISPECIE B	<input type="checkbox"/>	AFFITTO DI CABINA PER ESTETISTA
FATTISPECIE C	<input type="checkbox"/>	AFFITTO DI POSTAZIONE PER TATUATORE

CARATTERISTICHE DELL'AFFITTO

NUMERO POLTRONE IN AFFITTO _____
NUMERO CABINE IN AFFITTO _____
NUMERO POSTAZIONI IN AFFITTO _____

UTILIZZO APPARECCHIATURE (solo per attività di estetista)

Di utilizzare esclusivamente attrezzature
tutte già in dotazione al titolare dell'esercizio

Di utilizzare le proprie attrezzature

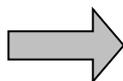
d
a
l

SOTTOSCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.

Autorizzo il Comune ad inoltrare tutte le comunicazioni del caso al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata

@ PEC



Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante

E A TAL FINE DICHIARA INOLTRE

(crociare e compilare solo le parti che interessano)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e art. 489 C.P. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

di essere in possesso di ABILITAZIONE PROFESSIONALE per l'attività di acconciatore

(allegare relazione descrittiva del percorso completato)

di essere in possesso di qualificazione professionale per l'attività di estetista conseguita il presso

(allegare relazione descrittiva del percorso completato)

di essere in regola con le linee guida regionali in materia di tatuaggio e piercing :

Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22 maggio 2003, n. 46

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE DEL SOGGETTO AFFIDATARIO

Dichiarazioni di responsabilità obbligatorie

Il/La sottoscritto/a dichiara

1 di essere in possesso dei **requisiti morali** previsti dall'art. 71 del D. Lgs. 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 e s.m.i. (**antimafia**)

3 di garantire la piena **conformità** a tutte le normative di riferimento, comprese quelle in materia di igiene e sanità, urbanistica ed edilizia, sicurezza e prevenzione incendi

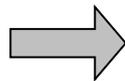
4 di utilizzare prodotti e materiali conformi alla normativa vigente

SOTTOSCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.

Autorizzo il Comune ad inoltrare tutte le comunicazioni del caso al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata

@ PEC



Firma

Documentazione allegata:

- n. _____ copia/e attestato possesso abilitazione professionale (acconciatori)
- n. _____ copia/e attestato possesso qualificazione professionale (estetisti)
- relazione percorso di conseguimento di professionalità
- fotocopia del documento di identità del sottoscrittore della presente comunicazione di inizio attività
- n. _____ fotocopia/e del documento d'identità dei soci (ad esclusione di quelli solo di capitale)
- planimetria in scala 1:100 con individuazione della parte di locale oggetto dell'affitto
- copia contratto affitto poltrona/cabina/postazione**
- attestazione pagamento diritti di pratica SUAP
- notifica ASL
- attestazione pagamento diritti di registrazione ASL