

QUADRO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita: Comune _____
(prov.)

Residenza: Comune _____ (prov.____) Via/P.zza _____ n.
____CAP____

Tel. _____; Fax _____; Email _____

In qualità di:

Legale rappresentante società " _____", Titolare dell'impresa individuale " _____", socio della società " _____", preposto alla vendita della società " _____", delegato alla vendita della Società/impresa individuale " _____";

perfettamente conscio delle responsabilità penali connesse alla produzione di dichiarazioni false, punite ai sensi punite ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, e delle conseguenze in termini di **decadenza dai benefici** eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti morali di cui all'art. 5 L.R. 10 del 04-02-2003;
- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge n. 575/1965.

Da compilarsi per la sola vendita di **GENERI ALIMENTARI**

di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

di avere frequentato con esito positivo un corso di formazione professionale per il commercio relativo al settore merceologico alimentare, come disciplinato dalle vigenti normative delle Regioni e delle Provincie di Trento e Bolzano..

nome dell'Istituto _____ sede _____ tel _____

di avere esercitato in proprio attività di vendita di prodotti alimentari vendita e somministrazione di prodotti alimentari per almeno due anni nell'ultimo quinquennio,

tipo di attività _____ dal _____ al _____

Iscrizione Registro Imprese dal REA n. _____ alla CCIAA di _____ dalla data _____.

di avere prestato la propria opera presso imprese esercenti attività di vendita di prodotti alimentari vendita e somministrazione di prodotti alimentari per almeno due anni nell'ultimo quinquennio:

impresa _____ sede _____ Via _____ tel _____

impresa _____ sede _____ Via _____ tel _____

impresa _____ sede _____ Via _____ tel _____

in qualità di dipendente iscritto all'INPS dal _____ al _____

in qualità di collaboratore familiare iscritto all'INPS dal _____ al _____

ALLEGA CERTIFICAZIONE

_____ li _____

(data)

allegare fotocopia del documento
di riconoscimento in corso di validità.