

spazio per la protocollazione

Allo Sportello Unico delle Attività Produttive
del **COMUNE DI SESTO
FIORENTINO**

AFFIDAMENTO REPARTO IN GESTIONE

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.

Il presente modello va presentato **in due copie**, una per l'Ufficio, una per l'interessato

II/La sottoscritto/a		TITOLARE DANTE CAUSA DEL REPARTO	
cognome		nome	
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita
codice fiscale		cittadinanza	sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza	C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	recapiti <i>indicarli dopo la sottoscrizione a pag. 4</i>
(per il cittadino non comunitario)	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio
	il/la sottoscritto/a dichiara	rilasciato da	motivo del soggiorno
		valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)

<input type="checkbox"/> 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	recapiti <i>indicarli dopo la sottoscrizione a pag. 4</i>
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

in qualità di	<input type="checkbox"/> legale rappresentante della società		
	<input type="checkbox"/> 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	recapiti <i>indicarli dopo la sottoscrizione a pag. 4</i>
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese	numero REA

già titolare all'attività di:	
<input type="checkbox"/> ESERCIZIO DI VICINATO	<input type="checkbox"/> MEDIA STRUTTURA DI VENDITA
<input type="checkbox"/> GRANDE STRUTTURA DI VENDITA	
ubicata in _____	
via, viale, piazza, ecc.	
numero civico	
se inserito in un centro commerciale, specificare denominazione ed estremi autorizzazione	
di cui al titolo abilitativo (dia/autorizzazione n°)	
del	

dichiara

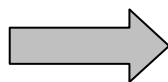
ai sensi dell'art. 75 della L.R. 28/2005 e s.m. (Codice del Commercio)

1 <input checked="" type="checkbox"/>	di aver affidato in gestione al Sig./Sig.ra/Società _____ per un periodo di tempo convenuto, la gestione del reparto di (specificare) _____ _____
	con una superficie di vendita di mq. _____ relativa al/i settore merceologico: <input type="checkbox"/> settore alimentare <input type="checkbox"/> settore non alimentare
2 <input checked="" type="checkbox"/>	di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 75 della L.R. 28/2005 e s.m.;
3 <input checked="" type="checkbox"/>	che il reparto affidato in gestione presenta un collegamento strutturale con l'esercizio ove il reparto è collocato e non ha un accesso autonomo;

SOTTOSCRIZIONE DEL DANTE CAUSA DEL REPARTO

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.

Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante






II/La sottoscritto/a		TITOLARE GESTORE DEL REPARTO			
cognome		nome			
luogo di nascita		provincia o stato estero di nascita	data di nascita		
codice fiscale		cittadinanza		sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
comune di residenza		provincia o stato estero di residenza		C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.		numero civico	recapiti <i>indicarli dopo la sottoscrizione a pag. 4</i>		
(per il cittadino non comunitario)	cittadinanza		permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°		data di rilascio
	il/la sottoscritto/a dichiara		rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al

<input type="checkbox"/> 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	recapiti <i>indicarli dopo la sottoscrizione a pag. 4</i>		
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese		numero REA	

in qualità di	<input type="checkbox"/> legale rappresentante della società				
	<input type="checkbox"/> 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	recapiti <i>indicarli dopo la sottoscrizione a pag. 4</i>		
iscrizione al Registro Imprese	presso la C.C.I.A.A. di	numero Registro Imprese		numero REA	

dichiara <i>ai sensi dell'art. 75 della L.R. 28/2005 e s.m. (Codice del Commercio)</i>	
1 <input checked="" type="checkbox"/>	di accettare l'affidamento in gestione del reparto di cui alla presente comunicazione
2 <input checked="" type="checkbox"/>	di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D. Lgs. 59/2010 e s.m.i.
3 <input checked="" type="checkbox"/>	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 successive modifiche (antimafia)
4 <input checked="" type="checkbox"/>	di essere a conoscenza delle vigenti norme in materia igienico-sanitaria, ivi compreso quanto previsto dal Regolamento CE 852/2004 per la presentazione della Notifica attestante il rispetto dei requisiti igienico-sanitari;
5 <input checked="" type="checkbox"/>	di essere consapevole che eventuali irregolarità nella gestione da parte del titolare dell'attività principale che comportino provvedimenti sull'autorizzazione o sulla d.i.a. potranno ricadere sulla prosecuzione dell'attività del gestore del reparto;
6 <input checked="" type="checkbox"/>	di impegnarsi al mantenimento dei livelli occupazionali relativi al reparto affidato
7 <input checked="" type="checkbox"/>	di impegnarsi al rispetto dei contratti collettivi di lavoro e dei contratti integrativi siglati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative
8 <input checked="" type="checkbox"/>	(<i>in caso di settore alimentare</i>) di essere in possesso del requisito professionale di cui all' Allegato B

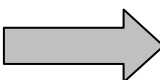
SOTTOSCRIZIONE DEL GESTORE AFFIDATARIO DEL REPARTO	
<i>Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e la decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera.</i>	
Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante	
	

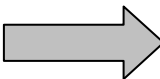
		@	
---	---	---	---

ALLEGATI E /O PROCEDIMENTI COLLEGATI OBBLIGATORI

<input checked="" type="checkbox"/>	(<i>obbligatorio</i>) Copia di un documento di identità in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono (<i>obbligatorio eccetto che per riduzione superficie/settore e cessazione</i>)
<input type="checkbox"/>	Attestazione pagamento Diritti Suap di € 30,00 da effettuarsi su c/c postale n. 07064062 intestato a Comune di Sesto Fiorentino S.U.A.P. Piazza V. Veneto 1 50019 Sesto Fiorentino (per altre modalità consultare il sito internet del Comune di Sesto Fiorentino o direttamente il servizio)
<input type="checkbox"/>	(<i>obbligatorio, per settore alimentare</i>) Notifica ai sensi CE 852/04 in tre copie (<i>obbligatorio, per settore alimentare, eccetto per eliminazione settore alimentare e cessazione definitiva</i>) -
<input type="checkbox"/>	Attestazione pagamento Diritti Suap per endo- notifica di € 30,00 + Diritti Asl (<i>nei casi previsti dalla relativa modulistica</i>) di € 15,34
<input type="checkbox"/>	(<i>obbligatorio, in caso di società</i>) Allegato A - Dichiarazioni dei soci
<input type="checkbox"/>	(<i>obbligatorio, per settore alimentare</i>) Allegato B - Dichiarazione persona in possesso requisiti professionali
N.B. Nel caso l'attività riguardi il settore alimentare può essere effettuato un unico versamento di € 60,00 comprendente € 30,00 per diritti istruttoria SUAP e € 30,00 per endo- notifica da effettuarsi su c/c postale n. 07064062 intestato a Comune di Sesto Fiorentino S.U.A.P. Piazza V. Veneto 1 50019 Sesto Fiorentino (per altre modalità consultare il sito internet del Comune di Sesto Fiorentino o direttamente il servizio) . Il versamento di € 15,34 quali diritti di spettanza A.S.L dovrà essere effettuato direttamente sul c/c n. 27344506 intestato alla AZIENDA U.S.L. 10 FIRENZE – Diritti sanitari Igiene Servizio Tesoreria	

Allegato A**dichiarazioni di altre persone (amministratori, soci, ecc.) indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998***(solo per le società quando è stato compilato il quadro autocertificazione)*

Il/La sottoscritto/a				
cognome	nome			
luogo di nascita	provincia o stato estero di nascita	data di nascita		
codice fiscale	cittadinanza	sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
comune di residenza	provincia o stato estero di residenza	C.A.P.		
via, viale, piazza, ecc.	numero civico	telefono		
(per il cittadino non comunitario)	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio	
il/la sottoscritto/a dichiara	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)
DICHIARA				
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D. Lgs. 59/2010 e s.m.i.				
<input checked="" type="checkbox"/> 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. (antimafia)				
<i>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 Testo Unico n. 445/2000.</i>				
Allega fotocopia di valido documento d'identità.				
Firma del Socio Amministratore				
				

Il/La sottoscritto/a				
cognome	nome			
luogo di nascita	provincia o stato estero di nascita	data di nascita		
codice fiscale	cittadinanza	sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
comune di residenza	provincia o stato estero di residenza	C.A.P.		
via, viale, piazza, ecc.	numero civico	telefono		
(per il cittadino non comunitario)	cittadinanza	permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°	data di rilascio	
il/la sottoscritto/a dichiara	rilasciato da	motivo del soggiorno	valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)
DICHIARA				
<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D. Lgs. 59/2010 e s.m.i.				
<input checked="" type="checkbox"/> 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. (antimafia)				
<i>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 Testo Unico n. 445/2000.</i>				
Allega fotocopia di valido documento d'identità.				
Firma del Socio Amministratore				
				

Allegato B**dichiarazione della persona in possesso dei requisiti professionali**

(solo in caso di commercio dei prodotti alimentari)

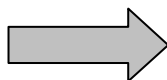
*In caso di società, associazioni o organismi collettivi, il possesso dei requisiti è richiesto con riferimento al legale rappresentante o ad altra persona specificamente preposta***Il/La sottoscritto/a**

cognome				nome			
luogo di nascita			provincia o stato estero di nascita			data di nascita	
codice fiscale				cittadinanza			sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
comune di residenza				provincia o stato estero di residenza			C.A.P.
via, viale, piazza, ecc.				numero civico		telefono	
(per il cittadino non comunitario)	cittadinanza			permesso di soggiorno / carta di soggiorno n°		data di rilascio	
	il/la sottoscritto/a dichiara		rilasciato da	motivo del soggiorno		valido fino al	rinnovato il (o estremi raccomandata)

DICHIARA

- 1 di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D. Lgs. 59/2010 e s.m.i..
- 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. (antimafia)
- 3 che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali (art. 71 del D. Lgs. 59/2010 e s.m.i.):
- 3.1 avere frequentato con esito positivo un corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle regioni o dalle province autonome di Trento e di Bolzano denominazione dell'istituto _____ sede _____ anno di conclusione _____
- 3.3 aver **prestato la propria opera, per almeno 2 anni anche non continuativi nel quinquennio precedente**, presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande:
 codice fiscale _____ sede _____
 codice fiscale _____ sede _____
 quale **dipendente qualificato** addetto alla **vendita**, alla **preparazione** o all'**amministrazione**, comprovata dall'iscrizione all'INPS
 quale **socio lavoratore**
 quale **coadiutore familiare**, comprovata dall'iscrizione all'INPS (se trattasi di coniuge o parente o affine entro il 3° grado dell'imprenditore)
- 3.4 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. **Titolo di studio** _____
 conseguito in data _____ presso Istituto/Facoltà _____ sede _____ specificare le materie studiate e/o gli esami sostenuti attinenti "al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti"

*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 Testo Unico n. 445/2000. **Allega fotocopia di valido documento d'identità.***

**Firma della persona in possesso dei requisiti professionali**

Note: (1) Ai sensi dell'art. 35 del D.P.G.R. 15/R/2009 il requisito professionale dell'esercizio in proprio dell'attività di vendita è riconosciuto all'imprenditore individuale, al socio accomandatario (nelle sas), al socio legale rappresentante (nelle snc), al socio d'opera (nelle soc. personali), al socio di srl che presti la propria opera in ambito aziendale, al presidente/consigliere delegato/institore con procura generale/amministratore unico o delegato di società di capitali anche cooperative (2) e (3) Il requisito di cui ai punti 3.2 e 3.3 è riconosciuto anche al cittadino italiano che abbia svolto all'estero l'attività commerciale, purché adeguatamente comprovata

(Allegato parte integrante)

Dichiarazione aggiuntiva Requisiti professionali (fase transitoria)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ con riferimento alla
pratica di (es. nuova apertura, trasferimento, ecc specificare) _____

_____ inerente l'attività posta in _____, Via/P.zza _____

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 Testo Unico n. 445/2000

DICHIARA

che per lo svolgimento di detta attività è in possesso del seguente requisito professionale:

1) aver esercitato in proprio per almeno 2 anni, anche se non continuativi, nel quinquennio precedente, l'attività di vendita nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande:

Codice Fiscale impresa _____

Registro Imprese Cciaa di _____;

Codice Fiscale impresa _____

Registro Imprese Cciaa di _____;

2) di essere stato iscritto al Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la Cciaa di _____ con il n. _____ per l'attività di commercio delle ex tabelle merceologiche oggi corrispondenti al settore alimentare o per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande, salvo cancellazione dal medesimo registro, volontaria o per perdita dei requisiti;

3) di aver **superato l'esame di idoneità** o **frequentato con esito positivo il corso per l'iscrizione** al Registro Esercenti il Commercio (REC), anche se non seguito dall'iscrizione al registro, presso la Cciaa di _____.

Il Titolare/Legale Rappresentante attesta di essere stato informato dall'ufficio che il possesso di tale requisito, attualmente non contemplato dall'art. 71 del D. Lgs. 59/2010, viene accettato solo in via cautelare e, comunque, sino a contraria determinazione da parte degli uffici legislativi competenti.

Firma della persona in possesso dei requisiti professionali

Firma del/della Titolare o Legale Rappresentante
