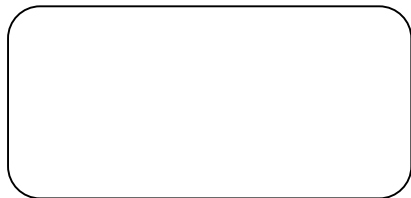




Comune di Foligno
Area Sviluppo Economico

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)
ATTIVITA' DI ACCONCIATORE PER AFFITTO DI POLTRONA
(L. 17/8/2005 n. 174 e s.m.i. – L.R. 13/2/2013 n. 4 – D.Lgs. 59/2010 e s.m.i. – L. 7/8/1990 n. 241 e s.m.i. – Note Ministeriali prot. 16361 del 31/01/2014 e prot. 86335 del 9/06/2015)
Modello da presentare in triplice copia firmato in originale, completo degli allegati richiesti
(2 copie verranno restituite all'interessato timbrate e protocollate)



AL COMUNE DI FOLIGNO
Area Sviluppo Economico
**Servizio Programmazione Economica
e Gestione Attività Produttive**
06034 FOLIGNO (PG)

II/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____

In qualità di:

☐ **persona fisica:**

PARTITA IVA (Se già iscritto) _____

Con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____ Tel. _____

Fax: _____ e – mail: _____

P.E.C. _____

N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____ del ____/____/____ CCIAA di _____

☐ **Legale rappresentante**

della società _____

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

Con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____ Tel. _____

Fax: _____ e – mail: _____

P.E.C. _____

N. di iscrizione al Registro Imprese _____ del ____/____/____ CCIAA di _____

Trasmette

Segnalazione Certificata di inizio attività di acconciatore in seguito a contratto di affitto di poltrona:

Caratteristiche dell'esercizio (da compilare sempre)

Impresa concedente in cui si va ad operare

esercente l'attività di _____

in Via _____ N. _____

Inserito in un Centro Commerciale No ☐ Sì ☐

1. Superficie utilizzata dall'Impresa concedente _____

2. Superficie utilizzata dall'Impresa affittuaria _____

3. Superficie destinata ad altri usi (servizi, ripostiglio ecc.) _____

Superfici complessiva (somma dei punti 1. 2. 3.) _____

Dati catastali dei locali:

Foglio _____ Particella _____ Sub. _____

Il locale ha destinazione ad uso _____

Si dichiara che gli stessi sono conformi ai requisiti previsti dalla vigente normativa in materia urbanistica, di igiene, sanità e sicurezza.

Requisiti professionali

Il/La sottoscritto/a dichiara (barrare e compilare quanto di interesse)

☐ Di essere in possesso della qualifica professionale abilitante all'esercizio di acconciatore riconosciuta dalla Commissione Provinciale per l'artigianato presso la C.C.I.A.A. di _____ con verbale n. _____ del _____;

☐ Di essere in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio Attività di Acconciatore ai sensi dell'art. 42 della L.R. 4/2013 rilasciato dalla Regione dell'Umbria in data _____;

☐ Che il socio sig./ra _____ è in possesso della qualifica professionale come da **Allegato A** compilato;

☐ Che il socio sig./ra _____ è in possesso della qualifica professionale come da **Allegato A** compilato;

☐ Che i requisiti professionali abilitanti all'esercizio di acconciatore sono posseduti dal/dalla sig./ra _____ designato Responsabile Tecnico che ha compilato l'**Allegato A**.

SI DICHIARA INOLTRE

- a) Gli spazi, le attrezzature e gli strumenti in uso sono nettamente distinti da quelli utilizzati dall'Impresa concedente.
- b) Non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del Dlgs 159/2011 e s.m.i. (antimafia). Di non essere destinatario di provvedimenti che determinano l'applicazione di misure accessorie comportanti l'interdizione da una professione o da un'arte (ART. 30 C.P.).
- c) Tutte le informazioni sopra riportate sono veritiere.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 19, comma 6, della legge 241/90 e SS.MM.II., nonché di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- ☐ Contratto di affitto di poltrona registrato;
- ☐ Planimetria dei locali debitamente quotata riportante l'esatta distinzione degli spazi e delle attività;
- ☐ Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità di tutti i sottoscrittori;
- ☐ Permesso di soggiorno valido (solo per cittadini extracomunitari);
- ☐ Documentazione attestante il possesso della qualifica professionale (di tutti gli interessati);
- ☐ Copia della dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico, di riscaldamento e di trattamento dell'aria (in caso di variazioni);
- ☐ Dichiarazione dell'accettazione della nomina a Responsabile Tecnico (se necessaria) (**allegato A**);
- ☐ Modello autocertificazione della comunicazione antimafia (**Allegato B**);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A. (**Allegato C**);

DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA CONCEDENTE

Il sottoscritto _____ in qualità di titolare/legale
rappresentante dell'Impresa _____

concedente prende atto ed è consapevole dell'inoltro della presente SCIA e di quanto in essa dichiarato.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- ☐ Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

Cessazione attività

Si comunica che a far data dal _____ in seguito a risoluzione/scadenza del contratto di affitto l'attività di acconciatore per affitto di poltrona presso l'Impresa concedente (indicare denominazione) _____ viene cessata.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 19, comma 6, della legge 241/90 e SS.MM.II., nonché di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000.

Data _____

Firma _____

Allegati:

☐ Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R. 252/1998
(solo per le società)

Cognome _____ Nome _____ C. F. |
 Data di nascita ____/____/____ Cittadinanza _____ Sesso: M ☐ F ☐
 Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____
 Residenza: Provincia _____ Comune _____
 Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____

DICHIARA

che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del Dlgs 159/2011 e s.m.i. (antimafia). Di non essere destinatario di provvedimenti che4 determinano l'applicazione di misure accessorie comportanti l'interdizione da una professione o da un'arte (ART. 30 C.P.).

II/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 19, comma 6, della legge 241/90 e SS.MM.II., nonché di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000;

Data _____ Firma _____

Cognome _____ Nome _____ C. F. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

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

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____

DICHIARA

che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del Dlgs 159/2011 e s.m.i. (antimafia). Di non essere destinatario di provvedimenti che⁴ determinano l'applicazione di misure accessorie comportanti l'interdizione da una professione o da un'arte (ART. 30 C.P.).

II/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 19, comma 6, della legge 241/90 e SS.MM.II., nonché di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000;

Data _____ Firma _____

Cognome _____ Nome _____ C. F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Data di nascita ____ / ____ / ____ Cittadinanza _____ Sesso: M ☐ F ☐
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____ Comune _____
Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____

DICHIARA

**che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del Dlgs 159/2011 e s.m.i.
(antimafia). Di non essere destinatario di provvedimenti che determinano l'applicazione di misure accessorie comportanti
l'interdizione da una professione o da un'arte (ART. 30 C.P.).**

**II/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi comportano l'applicazione delle
sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 19, comma 6, della legge 241/90 e SS.MM.II., nonché di quanto
previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000;**

Data _____ Firma _____

All. A) Dichiarazione del Responsabile Tecnico

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ C.F. |

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

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune

Residenza: Provincia Comune

Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____

dichiara di accettare la nomina a Responsabile Tecnico in qualità di:

- ☐ Socio partecipante al lavoro;
- ☐ Familiare coadiuvante regolarmente iscritto all'INPS;
- ☐ Dipendente dell'Impresa;

dichiara inoltre che la nomina è stata conferita dal sig.

in qualità di _____

per l'esercizio sopra indicato.

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 19, comma 6, della legge 241/90 e SS.MM.II., nonché di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000.

dichiara

- ☐ Di essere in possesso della qualifica professionale abilitante all'esercizio di acconciatore riconosciuta dalla Commissione Provinciale per l'artigianato presso la C.C.I.A.A. di _____ con verbale n. _____ del _____ ;

- ☐ Di essere in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio dell'Attività di Acconciatore ai sensi dell'art. 42 della L.R. 4/2013 rilasciato dalla Regione dell'Umbria in data _____;

Data

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI COMMERCIO
INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA**

(resa ai sensi dell'art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n. 445/2000)

Il/La sottoscritt _____ a

_____ il _____

residente a _____ via _____

nella sua qualità di _____ della Impresa

D I C H I A R A
(barrare e compilare le voci che interessano)

☐ che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di _____
con il numero Repertorio Economico Amministrativo _____

☐ che l'impresa non è ancora iscritta al Registro Imprese.

☐ che non si è soggetti all'obbligo di iscrizione a Registro Imprese in quanto

Denominazione: _____

Forma giuridica: _____

Sede: _____

Codice Fiscale: _____

Data di costituzione: _____

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero componenti in carica:

COLLEGIO SINDACALE
Numero sindaci effettivi:

Numero sindaci supplenti

OGGETTO SOCIALE:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI:

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

, lì

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Modello – comunicazione antimafia

autocertificazione della comunicazione antimafia (in caso di presenza del Resp. Tecnico o società occorre compilare un modulo anche per il Resp. Tecnico e per ciascun socio) (2) Se S.n.c. di tutti i soci, se S.a.s. dei soci accomandatari, se S.r.l. o altra società di capitali di tutti i soci forniti di rappresentanza.

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**

 I sottoscritt_ (nome e cognome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ residente
a _____ via/piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159.

Elenca di seguito le generalità complete dei propri conviventi:

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

firma leggibile del dichiarante(*)

AREA SVILUPPO ECONOMICO, FORMAZIONE E SPORT
INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.L.vo 196/2003 (PRIVACY)

I dati forniti verranno trattati sia su supporti cartacei che con gli strumenti elettronici del Sistema Informativo Comunale.

I trattamenti sono svolti esclusivamente per fini istituzionali dell'Ente nei limiti della vigente normativa.

Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto previsto dalla Legge.

I dati forniti sono trattati dal personale dell'Ente incaricato del trattamento ed in particolare dal personale dell'area Sviluppo Economico e Formazione.

In ogni momento Lei può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.L.vo 196/2003 rivolgendosi alla Dirigente dell'Area Sviluppo Economico e Formazione Dott.ssa Cristina Ercolani.

Titolare del trattamento è il Comune di Foligno. Responsabile per il trattamento è il dirigente dell'area Sviluppo Economico e Formazione Dott.ssa Cristina Ercolani.

Nel sito WEB www.comune.foligno.pg.it è consultabile la lista aggiornata dei responsabili del trattamento dell'Ente.