

AL COMUNE DI _____

Modello realizzato a cura di: Formazione Pianificazione e Ricerca di R. Iaconi e C. Sas e Sorreco Snc

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.

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ * RELATIVA A UNA ATTIVITÀ DI ESTETISTA

Ai sensi e per gli effetti della Legge 4.01.1990, n. 1, del Decreto Legge 31 gennaio 2007, n.7, dell'articolo 12 della L. R. 38/2009, dell'articolo 19 della legge 241/90 come modificata dalla legge 122/2010

SEZIONE 1

| | |
|---|---|
| II/La sottoscritto/a | |
| 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 |
| | Recapito telefonico |
| Indirizzo e mail | Recapito fax |
| | Recapito telefonico portatile |
| (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 |
| 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 |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 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 |
| | 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

* Il comune, ricevuta la segnalazione certificata di inizio attività, ne trasmette tempestivamente copia, anche solo in via telematica, all' Azienda Sanitaria Locale che esercita l'attività di vigilanza. Il comune, a fini informativi, ne trasmette altresì copia alla Camera di Commercio competente per territorio.

**Trasmette la seguente
SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO DI ATTIVITÀ**

relativa a una attività di estetista per

| | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------------------|
| FATTISPECIE A | <input type="checkbox"/> | NUOVA APERTURA |
| FATTISPECIE B | <input type="checkbox"/> | TRASFERIMENTO DI SEDE |
| FATTISPECIE C | <input type="checkbox"/> | VARIAZIONE DI SUPERFICIE |

con riferimento alle fattispecie sopra indicate, il sottoscritto, sotto la sua personale responsabilità, consapevole delle implicazioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 21 della legge 7.8.1990 n.241 in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni, ai sensi dell' art. 3 del D.P.R. 300/92 e degli artt.46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000

DICHIARA che i locali ove avrà sede l'attività sono di proprietà di

cognome e nome o denominazione sociale

codice fiscale

partita IVA

E di averne disponibilità a titolo di :

DICHIARA che l'attività sarà a carattere

Permanente

Stagionale dal

al

sarà inserita in un centro commerciale **SI** **NO**

Se SI indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE

Provvedimento n.

in data

rilasciato da

sarà ubicata in

ADDENSAMENTO

A1

A2

A3

A4

A5

LOCALIZZAZIONE

L1

L2

FUORI ZONA

sarà accessoria ad attività turistico-ricettiva

SI

NO

e che l'esercizio è riservato alle persone alloggiate, ai loro ospiti ed a coloro che sono ospitati nella struttura ricettiva in occasione di manifestazioni e convegni organizzati

sarà abbinata alla vendita al dettaglio

SI

NO

compilare l'apposito modulo della SCIA per il vicinato

DICHIARA inoltre che nella Società, gli amministratori che di seguito rendono l'autocertificazione sono:

(Indicare gli altri componenti l'organo di amministrazione nei casi di S.p.A., S.r.l. Indicare tutti i soci nei casi di S.n.c. e i soci accomandatari nei casi di S.a.s.. In caso di società, tutte le persone di cui al D.P.R. 252/98, art. 2, compilano l'allegato A.)

cognome e nome

Qualifica societaria

SEZIONE 2/a

FATTISPECIE A – APERTURA DI ESERCIZIO

DICHIARA che l'attività ubicata in:

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|------------|
| COMUNE. | | | | | | |
| via, viale, piazza, ecc. | | | | | numero/i civico/i | |
| Se inserito in un centro commerciale, specificare denominazione | | | | | | |
| dati catastali | categoria | classe | sezione | foglio | particella | subalterno |
| Occuperà una superficie per: | | | | | | |
| Attività di estetista | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Vendita al dettaglio | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Totale | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Superficie complessiva dell'esercizio | | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| (compresa la superficie adibita ad altri usi) | | | | | | |

INOLTRE SI ALLEGANO I SEGUENTI ELABORATI TECNICI per consentire le verifiche di competenza dell'amministrazione

| | | |
|--|--------------------------|---|
| ATTESTAZIONI | <input type="checkbox"/> | Relazione contenente gli elementi di inquadramento dell'iniziativa (accompagnata da eventuali tavole grafiche) |
| ASSEVERAZIONI | <input type="checkbox"/> | Relazione asseverata da professionista abilitato relativa al rispetto solo se necessario dei requisiti e dei presupposti dei locali di esercizio per quanto riguarda le norme vigenti in tema di |
| | <input type="checkbox"/> | Destinazione d'uso e agibilità (allegata documentazione probante) |
| | <input type="checkbox"/> | Impianti dell'esercizio (elettrico, smaltimento fumi, refrigerazione, climatizzazione) |
| | <input type="checkbox"/> | Standard di parcheggio ex art. 21 LR 56/77 (calcoli) |
| | <input type="checkbox"/> | Impatto Acustico |
| | <input type="checkbox"/> | Barriere architettoniche |
| | <input type="checkbox"/> | Smaltimento rifiuti |
| | <input type="checkbox"/> | Paesaggio |
| ALTRO OBBLIGATORIO | <input type="checkbox"/> | Copia di un documento di identità in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> | Attestazione pagamento Diritti Suap di € _____ |
| | <input type="checkbox"/> | Notifica ASL |
| | <input type="checkbox"/> | Attestazione pagamento Diritti di Registrazione Asl (nei casi e per l'importo previsti dalla relativa <i>modulistica</i>) |
| | <input type="checkbox"/> | (in caso di società) Allegato A - Dichiarazioni di altre persone (indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998) |
| ALTRO FACOLTATIVO * <small>* In assenza di allegati sarà effettuata una verifica d'ufficio</small> | <input type="checkbox"/> | Copia casellario giudiziale di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> | Certificato antimafia di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> | Titolo di studio (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> | Attestato qualifica professionale (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> | Visura camerale (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> | Copia atto di proprietà dei locali (ove esistente) |
| | <input type="checkbox"/> | Copia contratto di locazione (ove esistente) |
| | <input type="checkbox"/> | Dichiarazione disponibilità dei locali |

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazioni di responsabilità obbligatorie

Il/La sottoscritto/a dichiara

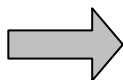
- 1 che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31/5/1965, n. 575 e s.m.i. (**antimafia**)
- 2 di garantire la piena **conformità** a tutte le normative di riferimento, comprese quelle in materia di igiene e sanità, urbanistica ed edilizia, sicurezza e prevenzione incendi
- 3 relativamente agli **adempimenti igienico-sanitari**
- di presentare contestualmente Autocertificazione o Notifica sanitaria
- oppure di avere presentato Autocertificazione o Notifica sanitaria
(indicare estremi presentazione)

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

DICHIARA altresì che la persona in possesso della qualifica professionale è:

- Il titolare o legale rappresentante**
- Altro soggetto sotto generalizzato specificamente individuato come responsabile tecnico**
(compilare la parte anagrafica)

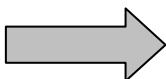
| | | | |
|--|---------------|---|---|
| cognome | | nome | |
| luogo di nascita | | provincia o stato estero di nascita | data di nascita |
| codice fiscale | | cittadinanza | sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| comune di residenza | | provincia o stato estero di residenza | C.A.P. |
| Via, viale, piazza, ecc. | | numero civico | telefono |
| (per il cittadino non comunitario) 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) | |

a tal fine DICHIARA

- 1 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)
- 2 aver conseguito un'apposita abilitazione professionale previo superamento di un esame tecnico-pratico preceduto, in alternativa tra loro:
- 2.1 da un apposito corso regionale di qualificazione della durata di due anni, con un minimo di novecento ore annue; tale periodo dovrà essere seguito da un corso di specializzazione della durata di un anno oppure da un anno di inserimento presso una impresa di estetista
- 2.2 da un anno di attività lavorativa qualificata in qualità di dipendente, a tempo pieno, presso uno studio medico specializzato oppure una impresa di estetista, successiva allo svolgimento di un rapporto di apprendistato presso un'impresa di estetista, come disciplinato dalla legge 19 gennaio 1955, n. 25, e successive modificazioni ed integrazioni, della durata prevista dalla contrattazione collettiva di categoria e seguita da appositi corsi regionali, di almeno trecento ore, di formazione teorica, integrativi delle cognizioni pratiche acquisite presso l'impresa di estetista
- 2.3 da un periodo, non inferiore a tre anni, di attività lavorativa qualificata, a tempo pieno, in qualità di dipendente o collaboratore familiare, presso una impresa di estetista, accertata attraverso l'esibizione del libretto di lavoro o di documentazione equipollente, seguita dai corsi regionali di formazione teorica di cui al punto 2.2. Il periodo di attività di cui al presente punto 2.3 deve essere svolto nel corso del quinquennio antecedente l'iscrizione ai corsi di cui al punto 2.2.
- 3 di essere designato quale responsabile tecnico e di garantire la propria presenza durante lo svolgimento delle attività di estetica

*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 della qualifica professionale



SEZIONE 2/b

FATTISPECIE B – TRASFERIMENTO DI SEDE DI ESERCIZIO

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| DICHIARA che l'attività ubicata in: | | | | | | |
| COMUNE. | | | | | | |
| via, viale, piazza, ecc. | | | | | | numero/i civico/i |
| dati catastali | categoria | classe | sezione | foglio | particella | subalterno |
| sarà trasferita al nuovo indirizzo: | | | | | | |
| via, viale, piazza, ecc. | | | | | | numero/i civico/i |
| dati catastali | categoria | classe | sezione | foglio | particella | subalterno |
| occuperà una superficie per: | | | | | | |
| Attività di acconciatore | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Vendita al dettaglio | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Totale | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Superficie complessiva dell'esercizio | | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| <small>(compresa la superficie adibita ad altri usi)</small> | | | | | | |

| INOLTRE SI ALLEGANO I SEGUENTI ELABORATI TECNICI per consentire le verifiche di competenza dell'amministrazione | |
|--|--|
| ATTESTAZIONI | <input type="checkbox"/> Relazione contenente gli elementi di inquadramento dell'iniziativa (accompagnata da eventuali tavole grafiche) |
| ASSEVERAZIONI | <input type="checkbox"/> Relazione asseverata da professionista abilitato relativa al rispetto solo se necessario dei requisiti e dei presupposti dei locali di esercizio per quanto riguarda le norme vigenti in tema di |
| | <input type="checkbox"/> Destinazione d'uso e agibilità (allegata documentazione probante) |
| | <input type="checkbox"/> Impianti dell'esercizio (elettrico, smaltimento fumi, refrigerazione, climatizzazione) |
| | <input type="checkbox"/> Standard di parcheggio ex art. 21 LR 56/77 (calcoli) |
| | <input type="checkbox"/> Impatto Acustico |
| | <input type="checkbox"/> Barriere architettoniche |
| | <input type="checkbox"/> Smaltimento rifiuti |
| | <input type="checkbox"/> Paesaggio |
| ALTRO OBBLIGATORIO | <input type="checkbox"/> Copia di un documento di identità in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> Attestazione pagamento Diritti Suap di € _____ |
| | <input type="checkbox"/> Notifica ASL |
| | <input type="checkbox"/> Attestazione pagamento Diritti di Registrazione Asl (nei casi e per l'importo previsti dalla relativa modulistica) |
| | <input type="checkbox"/> (in caso di società) Allegato A - Dichiarazioni di altre persone (indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998) |
| ALTRO FACOLTATIVO * <small>* In assenza di allegati sarà effettuata una verifica d'ufficio</small> | <input type="checkbox"/> Copia casellario giudiziale di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> Certificato antimafia di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> Titolo di studio (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> Attestato qualifica professionale (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> Visura camerale (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> Copia atto di proprietà dei locali (ove esistente) |
| | <input type="checkbox"/> Copia contratto di locazione (ove esistente) |
| | <input type="checkbox"/> Dichiarazione disponibilità dei locali |

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazioni di responsabilità obbligatorie

II/La sottoscritto/a dichiara

- 1 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**)
- 2 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
- 3 relativamente agli **adempimenti igienico-sanitari** (*obbligatorio nel caso di vendita di alimenti*):
- di presentare contestualmente Notifica sanitaria (ai sensi dell'art. 6 Reg.to CE n. 852/2004 – DGR n. 21-1278 del 23/12/2010)
- oppure di avere presentato Notifica sanitaria (ai sensi dell'art. 6 Reg.to CE n. 852/2004 – DGR n. 21-1278 del 23/12/2010)
(*indicare estremi presentazione*)

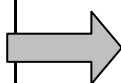
SOTTOSCRIZIONE

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



DICHIARA altresì che la persona in possesso della qualifica professionale è:

- Il titolare o legale rappresentante**
- Altro soggetto sotto generalizzato specificamente individuato come responsabile tecnico**
(*compilare la parte anagrafica*)

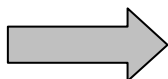
| | | | |
|--|---------------|---|---|
| cognome | | nome | |
| luogo di nascita | | provincia o stato estero di nascita | data di nascita |
| codice fiscale | | cittadinanza | sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| comune di residenza | | provincia o stato estero di residenza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

a tal fine DICHIARA

- 1 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)
- 2 aver conseguito un'apposita abilitazione professionale previo superamento di un esame tecnico-pratico preceduto, in alternativa tra loro:
- 2.1 da un apposito corso regionale di qualificazione della durata di due anni, con un minimo di novecento ore annue; tale periodo dovrà essere seguito da un corso di specializzazione della durata di un anno oppure da un anno di inserimento presso una impresa di estetista
- 2.2 da un anno di attività lavorativa qualificata in qualità di dipendente, a tempo pieno, presso uno studio medico specializzato oppure una impresa di estetista, successiva allo svolgimento di un rapporto di apprendistato presso un'impresa di estetista, come disciplinato dalla legge 19 gennaio 1955, n. 25, e successive modificazioni ed integrazioni, della durata prevista dalla contrattazione collettiva di categoria e seguita da appositi corsi regionali, di almeno trecento ore, di formazione teorica, integrativi delle cognizioni pratiche acquisite presso l'impresa di estetista
- 2.3 da un periodo, non inferiore a tre anni, di attività lavorativa qualificata, a tempo pieno, in qualità di dipendente o collaboratore familiare, presso una impresa di estetista, accertata attraverso l'esibizione del libretto di lavoro o di documentazione equipollente, seguita dai corsi regionali di formazione teorica di cui al punto 2.2. Il periodo di attività di cui al presente punto 2.3 deve essere svolto nel corso del quinquennio antecedente l'iscrizione ai corsi di cui al punto 2.2.
- 3 di essere designato quale responsabile tecnico e di garantire la propria presenza durante lo svolgimento delle attività di estetica

*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 della qualifica professionale



SEZIONE 2/c

FATTISPECIE C –VARIAZIONE DI SUPERFICIE DI ESERCIZIO

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| DICHIARA che l'attività ubicata in: | | | | | | |
| COMUNE. | | | | | | |
| via, viale, piazza, ecc. | | | | | | numero/i civico/i |
| dati catastali | categoria | classe | sezione | foglio | particella | subalterno |
| Che occupa una superficie per: | | | | | | |
| Attività di estetista | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vendita al dettaglio | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Totale | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Superficie complessiva dell'esercizio | | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <small>(compresa la superficie adibita ad altri usi)</small> | | | | | | |
| Sarà ampliata <input type="checkbox"/> ridotta <input type="checkbox"/> a: | | | | | | |
| Attività di estetista | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vendita al dettaglio | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Totale | <input type="checkbox"/> | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Superficie complessiva dell'esercizio | | mq. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <small>(compresa la superficie adibita ad altri usi)</small> | | | | | | |

| INOLTRE SI ALLEGANO I SEGUENTI ELABORATI TECNICI per consentire le verifiche di competenza dell'amministrazione | |
|--|--|
| ATTESTAZIONI | <input type="checkbox"/> Relazione contenente gli elementi di inquadramento dell'iniziativa (accompagnata da eventuali tavole grafiche) |
| ASSEVERAZIONI | <input type="checkbox"/> Relazione asseverata da professionista abilitato relativa al rispetto solo se necessario dei requisiti e dei presupposti dei locali di esercizio per quanto riguarda le norme vigenti in tema di |
| | <input type="checkbox"/> Destinazione d'uso e agibilità (allegata documentazione probante) |
| | <input type="checkbox"/> Impianti dell'esercizio (elettrico, smaltimento fumi, refrigerazione, climatizzazione) |
| | <input type="checkbox"/> Standard di parcheggio ex art. 21 LR 56/77 (calcoli) |
| | <input type="checkbox"/> Impatto Acustico |
| | <input type="checkbox"/> Barriere architettoniche |
| | <input type="checkbox"/> Smaltimento rifiuti |
| | <input type="checkbox"/> Paesaggio |
| ALTRO OBBLIGATORIO | <input type="checkbox"/> Copia di un documento di identità in corso di validità di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> Attestazione pagamento Diritti Suap di € _____ |
| | <input type="checkbox"/> Notifica ASL |
| | <input type="checkbox"/> Attestazione pagamento Diritti di Registrazione Asl (nei casi e per l'importo previsti dalla relativa modulistica) |
| | <input type="checkbox"/> (in caso di società) Allegato A - Dichiarazioni di altre persone (indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998) |
| ALTRO FACOLTATIVO * | <input type="checkbox"/> Copia casellario giudiziale di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> Certificato antimafia di tutti coloro che sottoscrivono |
| | <input type="checkbox"/> Titolo di studio (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> Attestato qualifica professionale (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> Visura camerale (ove necessario) |
| | <input type="checkbox"/> Copia atto di proprietà dei locali (ove esistente) |
| | <input type="checkbox"/> Copia contratto di locazione (ove esistente) |
| <input type="checkbox"/> Dichiarazione disponibilità dei locali | |

* In assenza di allegati sarà effettuata una verifica d'ufficio

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazioni di responsabilità obbligatorie

Il/La sottoscritto/a dichiara

- 1 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**)
- 2 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
- 3 relativamente agli **adempimenti igienico-sanitari** (*obbligatorio nel caso di vendita di alimenti*):
- di presentare contestualmente Notifica sanitaria (ai sensi dell'art. 6 Reg.to CE n. 852/2004 – DGR n. 21-1278 del 23/12/2010)
- oppure di avere presentato Notifica sanitaria (ai sensi dell'art. 6 Reg.to CE n. 852/2004 – DGR n. 21-1278 del 23/12/2010)
(*indicare estremi presentazione*)

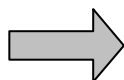
SOTTOSCRIZIONE

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



DICHIARA altresì che la persona in possesso della qualifica professionale è:

- Il titolare o legale rappresentante
- Altro soggetto sotto generalizzato specificamente individuato come responsabile tecnico
(*compilare la parte anagrafica*)

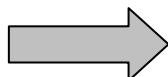
| | | | | |
|---|---------------|---|--|---------------------------------------|
| cognome | | nome | | |
| luogo di nascita | | provincia o stato estero di nascita | data di nascita | |
| codice fiscale | | cittadinanza | sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| comune di residenza | | provincia o stato estero di residenza | C.A.P. | |
| Via, viale, piazza, ecc. | | numero civico | telefono | |
| (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) |

a tal fine DICHIARA

- 1 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)
- 2 aver conseguito un'apposita abilitazione professionale previo superamento di un esame tecnico-pratico preceduto, in alternativa tra loro:
- 2.1 da un apposito corso regionale di qualificazione della durata di due anni, con un minimo di novecento ore annue; tale periodo dovrà essere seguito da un corso di specializzazione della durata di un anno oppure da un anno di inserimento presso una impresa di estetista
- 2.2 da un anno di attività lavorativa qualificata in qualità di dipendente, a tempo pieno, presso uno studio medico specializzato oppure una impresa di estetista, successiva allo svolgimento di un rapporto di apprendistato presso un'impresa di estetista, come disciplinato dalla legge 19 gennaio 1955, n. 25, e successive modificazioni ed integrazioni, della durata prevista dalla contrattazione collettiva di categoria e seguita da appositi corsi regionali, di almeno trecento ore, di formazione teorica, integrativi delle cognizioni pratiche acquisite presso l'impresa di estetista
- 2.3 da un periodo, non inferiore a tre anni, di attività lavorativa qualificata, a tempo pieno, in qualità di dipendente o collaboratore familiare, presso una impresa di estetista, accertata attraverso l'esibizione del libretto di lavoro o di documentazione equipollente, seguita dai corsi regionali di formazione teorica di cui al punto 2.2. Il periodo di attività di cui al presente punto 2.3 deve essere svolto nel corso del quinquennio antecedente l'iscrizione ai corsi di cui al punto 2.2.
- 3 di essere designato quale responsabile tecnico e di garantire la propria presenza durante lo svolgimento delle attività di estetica

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 della qualifica professionale



Allegato A**Dichiarazioni di altre persone (amministratori, soci, ecc.) indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998 (solo per le società)**

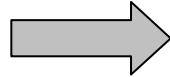
| | |
|---|---|
| Il/La sottoscritto/a | |
| cognome | nome |
| luogo di nascita | provincia o stato estero di nascita |
| | data di nascita |
| codice fiscale | cittadinanza |
| | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| comune di residenza | provincia o stato estero di residenza |
| | 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

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)

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 del Socio Amministratore

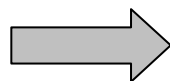
| | |
|---|---|
| Il/La sottoscritto/a | |
| cognome | nome |
| luogo di nascita | provincia o stato estero di nascita |
| | data di nascita |
| codice fiscale | cittadinanza |
| | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| comune di residenza | provincia o stato estero di residenza |
| | 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

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)

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 del Socio Amministratore

Allegato A**Dichiarazioni di altre persone (amministratori, soci, ecc.) indicate all'art. 2 del D.P.R. n. 252/1998 (solo per le società)**

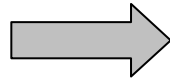
| | |
|---|---|
| Il/La sottoscritto/a | |
| cognome | nome |
| luogo di nascita | provincia o stato estero di nascita data di nascita |
| codice fiscale | cittadinanza sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| comune di residenza | provincia o stato estero di residenza C.A.P. |
| 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

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)

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 del Socio Amministratore

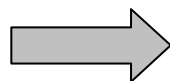
| | |
|---|---|
| Il/La sottoscritto/a | |
| cognome | nome |
| luogo di nascita | provincia o stato estero di nascita data di nascita |
| codice fiscale | cittadinanza sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| comune di residenza | provincia o stato estero di residenza C.A.P. |
| 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

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)

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 del Socio Amministratore

Allegato B**TECNICI, CONSULENTI O ALTRI SOGGETTI DELEGATI**

Nel presente quadro non è necessario riportare tutti i tecnici o i consulenti incaricati dall'interessato, quanto i nominativi dei soli eventuali soggetti delegati alla gestione della pratica. I soggetti sotto indicati sono legittimati a presentare la pratica al SUAP e ad acquisire informazioni nel merito della stessa, così come da procura allegata. Non potranno essere fornite informazioni sulla pratica a soggetti non espressamente delegati.

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--------------------|--|--|--------------------------------------|--|----------------|----------------------|--|
| cognome | | | | | nome | | | | |
| qualifica | | | | | Iscritto all'albo della Provincia di | | | Numero di Iscrizione | |
| denominazione dello Studio | | | | | | | | | |
| codice fiscale | | | | | Partita IVA | | | | |
| con sede nel comune di | | | | | provincia | | | C.A.P. | |
| via, viale, piazza, ecc. | | | | | numero civico | | telefono fisso | | |
| telefono fax. | | telefono cellulare | | Casella di posta elettronica certificata | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--------------------|--|--|--------------------------------------|--|----------------|----------------------|--|
| cognome | | | | | nome | | | | |
| qualifica | | | | | Iscritto all'albo della Provincia di | | | Numero di Iscrizione | |
| denominazione dello Studio | | | | | | | | | |
| codice fiscale | | | | | Partita IVA | | | | |
| con sede nel comune di | | | | | provincia | | | C.A.P. | |
| via, viale, piazza, ecc. | | | | | numero civico | | telefono fisso | | |
| telefono fax. | | telefono cellulare | | Casella di posta elettronica certificata | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--------------------|--|--|--------------------------------------|--|----------------|----------------------|--|
| cognome | | | | | nome | | | | |
| qualifica | | | | | Iscritto all'albo della Provincia di | | | Numero di Iscrizione | |
| denominazione dello Studio | | | | | | | | | |
| codice fiscale | | | | | Partita IVA | | | | |
| con sede nel comune di | | | | | provincia | | | C.A.P. | |
| via, viale, piazza, ecc. | | | | | numero civico | | telefono fisso | | |
| telefono fax. | | telefono cellulare | | Casella di posta elettronica certificata | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--------------------|--|--|--------------------------------------|--|----------------|----------------------|--|
| cognome | | | | | nome | | | | |
| qualifica | | | | | Iscritto all'albo della Provincia di | | | Numero di Iscrizione | |
| denominazione dello Studio | | | | | | | | | |
| codice fiscale | | | | | Partita IVA | | | | |
| con sede nel comune di | | | | | provincia | | | C.A.P. | |
| via, viale, piazza, ecc. | | | | | numero civico | | telefono fisso | | |
| telefono fax. | | telefono cellulare | | Casella di posta elettronica certificata | | | | | |

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 30-06-2003 n. 196
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)**

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30-06-2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del comune di funzioni istituzionali in virtù di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti.

Modalità del trattamento:

a) è realizzato attraverso operazioni o complessi di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, la comunicazione e la diffusione di dati indicate dall'articolo 4 del D. Lgs. n.196/2003;

b) è effettuato manualmente e/o con l'ausilio di mezzi informatici e telematici, secondo le prescrizioni inerenti la sicurezza previste dal titolo V del D. Lgs. n.196/2003, nei limiti dei sistemi di sicurezza e logistica e della strumentazione elettronica ed informatica in dotazione e uso al servizio comunale competente;

c) è svolto da personale con rapporto di lavoro o collaborazione con il comune.

Conferimento dei dati:

è necessario come onere per l'interessato che voglia ottenere un determinato provvedimento/servizio.

Rifiuto di conferire i dati:

l'eventuale rifiuto di conferire, da parte dell'interessato, i dati contenuti nella modulistica comporta l'impossibilità di evadere la pratica od ottenere l'effetto previsto dalla legge e/o da regolamenti.

Comunicazione dei dati:

i dati acquisiti sono fatti oggetto di comunicazione o di diffusione, anche per via telematica, ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento di funzioni istituzionali, nei casi e nei modi previsti dalla legge e/o dai regolamenti. Resta peraltro fermo quanto previsto dall'art.59 del D. Lgs. n.196/2003 sull'accesso ai documenti amministrativi contenenti dati personali come disciplinato dalla L.241/90 anche per quanto concerne i dati sensibili e giudiziari.

Diritti dell'interessato:

l'articolo 7 del D. Lgs. n.196/2003 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra i quali, in particolare, quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti informatici e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, o, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. I diritti in oggetto possono essere rivolti a:

Titolare e responsabili del trattamento:

titolare del trattamento dei dati è il Comune

Responsabile del trattamento dei dati è il responsabile del Settore/Servizio

ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DEL MODELLO

Il modello di SCIA deve essere utilizzato per tutti i procedimenti relativi all'esercizio di attività imprenditoriali. Esso sarà valido, allo stesso modo, per i procedimenti riguardanti l'avvio di una nuova attività e per tutti gli adempimenti relativi a successive variazioni intervenute durante la vita dell'impresa fatte salve, il sub ingresso, la sospensione e la cessazione e una serie di modifiche dell'attività per cui è prevista apposita modulistica.

Ogni modello si compone di più quadri, ciascuno dei quali relativo ad un aspetto della segnalazione. È obbligatoria la compilazione di tutti i quadri utili.

Non è necessaria la compilazione dei quadri non riferiti alla fattispecie segnalata.

Gli stessi quadri possono essere stralciati prima dell'inoltro telematico.

Quadro 1 – Dati dell'interessato

In tale sezione devono essere indicati, con la massima precisione, i dati relativi al soggetto che rende la dichiarazione autocertificativa che dovrà coincidere con la titolarità dell'esercizio. Si raccomanda, in particolare, la compilazione dei campi relativi ai recapiti (indirizzo postale, telefono, fax, e-mail), onde consentire sempre agli uffici di poter contattare l'interessato con il mezzo più rapido possibile. Qualora vi fossero più soggetti che rendono in maniera solidale la dichiarazione autocertificativa, nella sezione, dovranno essere indicati i dati relativi al primo firmatario.

Deve poi essere individuata/e la fattispecie/le fattispecie (nuova apertura, trasferimento di sede ecc.) oggetto della segnalazione.

Quadro 2/a/b/c/d – Individuazione della sede di esercizio – caratteristiche dell'attività – elaborati tecnici da allegare

In tale sezione devono essere indicati i dati relativi all'ubicazione dei locali, ai caratteri dell'attività commerciale oggetto di segnalazione ed in particolare l'elenco degli elaborati allegati a corredo della SCIA, diversi secondo la diverse fattispecie.

I quadri non compilati vanno stralciati e non fanno parte integrante della pratica inoltrata in modalità telematica.

Laddove si fa riferimento alla relazione asseverata dal professionista, incaricato della sua redazione, **si specifica che non è necessaria alcuna perizia asseverata dal Tribunale.**

Quadro 3 – Requisiti professionali

In tale sezione devono essere indicati, con la massima precisione, i dati relativi al soggetto che è in possesso dei requisiti professionali, indicandone nello specifico il presupposto.

Autocertificazioni

In tale sezione devono essere inseriti i riferimenti dei requisiti personali, morali e eventualmente dei requisiti professionali che permettono l'esercizio dell'attività.

Allegato A Dichiarazioni dei soci

Questo allegato va compilato da ciascuno dei soci o degli amministratori della società, con cui dichiarano il possesso dei requisiti morali. Le dichiarazioni così fornite saranno controllate d'ufficio.

In alternativa potranno essere allegati i certificati del tribunale e del casellario giudiziale richiesti direttamente dagli interessati.

Allegato B Tecnici e consulenti delegati per la gestione della pratica

In tale sezione devono essere indicati i dati relativi agli eventuali tecnici e consulenti incaricati della gestione del procedimento, anche ai fini di una delega a gestire direttamente i rapporti con l'amministrazione riguardo il procedimento stesso.