

Al

Comune di CAMPOFORMIDO

COMUNICAZIONI VARIE

COMMERCIO IN SEDE FISSA-COMMERCIO SU AREE PUBBLICHE

Il/la sottoscritto/a cognome e nome _____	
Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
codice fiscale	_____ 16 Caratteri
cittadinanza	_____
Luogo di nascita:	
Comune	_____
Provincia	_____
Stato	_____
Residenza: Comune _____	
Provincia	_____
Via/Piazza	_____
	N _____ C.A.P. _____
In qualità di:	
Titolare dell'omonima impresa individuale	C.F. _____ 16 Caratteri
	P. IVA _____ 11 Caratteri
	con sede nel Comune di _____
	Provincia _____
	Via/Piazza _____ N _____ C.A.P. _____
	N. di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA
	di _____
	<input type="checkbox"/> Impresa non iscritta
Legale rappresentant e della Società	C.F. _____ 11 Caratteri
	P. IVA (se diversa da C.F.) _____ 11 Caratteri
	denominazione o ragione sociale _____
	con sede legale nel Comune _____
	di _____ Provincia _____
	Via/Piazza _____ N _____ C.A.P. _____
	N. di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA
	di _____
	<input type="checkbox"/> Impresa non iscritta

recapiti per comunicazioni

telefono		fax	
t. mobile		fax	
P.E.C.	_____		
e-mail	_____		

Selezionare il tipo di attività

- Commercio in sede fissa
 Commercio sulle aree pubbliche

Selezionare la tipologia dell'attività in sede fissa, in relazione alla sua superficie

- Attività di vicinato
 Attività di media struttura minore
 Attività di media struttura maggiore
 Attività di grande struttura

Selezionare settore merceologico

- Alimentare Alimentare con somministrazione di alimenti e bevande su aree pubbliche
 Non alimentare
 Stampa quotidiana e periodica in forma ESCLUSIVA NON ESCLUSIVA
 Tabella speciale per: FARMACIE TABELLA RIVENDITE DI GENERI DI MONOPOLIO TABELLA IMPIANTI DI DISTRIBUZIONE AUTOMATICA DI CARBURANTI
 Cose antiche ed usate senza valore storico ed artistico
 Cose antiche ed usate con valore storico ed artistico

Selezionare causale oggetto della comunicazione

- sospensione temporanea di attività
 riapertura di attività al termine della sospensione temporanea
 cessazione definitiva di attività
 installazione nuovi distributori (solo per installazioni successive alla prima)
 rimozione distributori
 vendita di medicinali da banco o di automedicazione
 vendita prodotti tabella speciale carburanti
 affidamento di gestione di reparto
 vendita di prodotti complementari presso rivendita di quotidiani e periodici in forma esclusiva
 modifica residenza impresa individuale
 modifica ragione sociale impresa societaria
 modifica sede legale impresa societaria
 modifica dei soci
 subingresso senza attivazione

COMUNICA

SEZIONE A – VARIAZIONI OGGETTIVE

INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO

Via/Piazza _____ N.Civico _____

POSTEGGIO n. _____ nel mercato di _____

SOTTOSEZIONE A1- SOSPENSIONE TEMPORANEA DI ATTIVITA'

Inizio della sospensione dell'attività il giorno/mese/anno | | | | | | | |

Durata della sospensione _____ (indicare i mesi o i giorni)

SOTTOSEZIONE A2-RIAPERTURA DI ATTIVITA' AL TERMINE DELLA SOSPENSIONE

Riapertura delle attività il giorno/mese/anno | | | | | | | |

SOTTOSEZIONE A3 –CESSAZIONE DEFINITIVA DI ATTIVITA'

Cessazione definitiva dell'attività il giorno/mese/anno | | | | | | | |

SOTTOSEZIONE A4 –DISTRIBUTORI AUTOMATICI

di installare nuovi distributori presso la seguente/le seguenti attività:

	nominativo ditta		ubicazione		quantità

di disinstallare distributori presso la seguente/le seguenti attività:

	nominativo ditta		ubicazione		quantità

SOTTOSEZIONE A5 –VENDITA DI FARMACI DA BANCO O DI AUTOMEDICAZIONE
nel proprio esercizio commerciale verranno posti in vendita anche i farmaci di cui all'art. 5 del D.L.
4 luglio 2006, n. 223;
che il farmacista, C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 Caratteri dott.
_____, è in possesso dei requisiti previsti dall'art. 5, comma 2, del
D.L. 223/2006, convertito nella Legge 248/06

SOTTOSEZIONE A6 –AFFIDAMENTO DI GESTIONE DI REPARTO

affidamento in gestione di un reparto/più reparti della propria attività, avente/i ad oggetto la
seguente merceologia _____
in gestione alla ditta individuale/società sotto indicata:
se ditta individuale:
C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 Caratteri
P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 Caratteri
con sede nel Comune di _____ Provincia | | | |
Via/Piazza _____ N _____ C.A.P. | | | | | | | |
se società:
C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 Caratteri
P. IVA (se diversa da C.F.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 Caratteri
denominazione o ragione sociale _____
con sede legale nel Comune di _____ Provincia | | | |
Via/Piazza _____ N _____ C.A.P. | | | | | | | |

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e successive modifiche ed integrazioni,

DICHIARA

di essere consapevole che l'affidamento in gestione di reparto è ammesso limitatamente ad uno o ad alcuni reparti costituenti l'azienda commerciale di cui è titolare;
di essere a conoscenza del fatto che la ditta affidataria è in possesso dei medesimi requisiti soggettivi del dichiarante, previsti per l'esercizio dell'attività di commercio al dettaglio;
di essere a conoscenza che il reparto/i reparti potrà/potranno essere gestito/i dall'affidatario solo per il tempo convenuto tra le parti e che la presente comunicazione non costituisce subingresso nell'attività commerciale;
che la ditta dichiarante, titolare dell'esercizio commerciale, rimane soggetta alle sanzioni previste dal capo I del titolo VI della L.R. N. 29 del 05.12.2005;
che la vendita di liquidazione dell'attività del reparto/reparti concessi in affidamento può legittimamente avvenire nella sola ipotesi di cessazione totale dell'attività di gestione del reparto/reparti medesimo/i.

SOTTOSEZIONE A7 – VENDITA DI PRODOTTI COMPLEMENTARI PRESSO RIVENDITA DI QUOTIDIANI E PERIODICI IN FORMA ESCLUSIVA

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e successive modifiche ed integrazioni,

DICHIARA

l'inizio della vendita di prodotti complementari¹;
di essere in possesso dei requisiti professionali previsti dall'art. 7 della L.R. N. 29 del 05.12.2005.

SOTTOSEZIONE A8 – VENDITA DI PRODOTTI DI CUI ALLA TABELLA IMPIANTI DI DISTRIBUZIONE AUTOMATICA DI CARBURANTI di cui all' Allegato A) della L.R.29/05 e successive modifiche ed integrazioni

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e successive modifiche ed integrazioni,

DICHIARA

- l'inizio – a decorrere dal giorno _____ - della vendita di prodotti di cui alla tabella impianti di distribuzione automatica di carburanti² su una superficie di vendita di mq. _____;

1. ¹ Secondo gli usi locali i punti esclusivi di vendita della stampa quotidiana e periodica hanno titolo a esercitare la vendita dei seguenti prodotti complementari:

- articoli di cartoleria e cancelleria (compresi materiali di consumo per computer e fax)
- moduli e stampati in genere per comunicazioni e richieste indirizzate a Enti pubblici; moduli per contratti
- tessere prepagate per servizi vari
- biglietti per il trasporto pubblico
- libri, articoli audio e video, cd musicali, giocattoli, articoli per l'igiene e la cura della persona
- pastigliaggi vari (caramelle, confetti, cioccolatini, gomme americane e simili)
- articoli ricordo della città (esclusi gli articoli di oreficeria)
- carte geografiche, stradali e catastali, mappe e guide turistiche realizzate su qualsiasi supporto
- pellicole fotografiche e similari
- batterie

² TABELLA IMPIANTI DI DISTRIBUZIONE AUTOMATICA DI CARBURANTI

- Ricambi e accessori per veicoli, compresi i prodotti per la manutenzione e la protezione, le lampade, le pile e le torce elettriche, le borse di pronto soccorso, catene da neve, corde elastiche per il fissaggio bagagli, portabagagli, porta sci, spoiler, frangi sole, shampoo per auto.
- Necessaires per viaggio e per toilette, in materiale non prezioso (esempio: fibbie, specchi, pettini, forbici, bigodini, carta igienica, nastri, spazzole, ventagli).
- Articoli per la cura e l'igiene della persona, nonché prodotti cosmetici e di profumeria.
- Pellicole fotocinematografiche, compact disc, musicassette e videocassette da registrare.
- Articoli di pelletteria (escluse calzature, valigeria e borsetteria).
- Apriscatole, cavatappi, levacapsule, tagliacarte in materiale non prezioso.
- Spaghi, turaccioli, stuzzicadenti.
- Fazzoletti, piatti, posate, bicchieri <<usa e getta>> e simili.
- Callifughi, cerotti, garze, siringhe, profilattici, assorbenti igienici, pannolini per bambini, cotone idrofilo, disinfettanti (alcol denaturato, acqua ossigenata e simili).
- Articoli ricordo (esclusi gli articoli di oreficeria).

- di essere intestatario di licenza (ex UTF) n. _____ rilasciata in data _____ dall'Agenzia delle Dogane di Udine.

DATA _____ FIRMA _____

Parte riservata all'ufficio competente

COMUNE DI CAMPOFORMIDO	
Il dichiarante, della cui identità mi sono accertato mediante: _____, ha firmato in mia presenza.	
Data _____	Il dipendente addetto _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio Protocollo del Comune di Campoformido - Largo Municipio 9, anche tramite un incaricato, o inviata via fax, oppure a mezzo posta.

L'EVENTUALE TRASMISSIONE A MEZZO FAX dovrà essere effettuata al n. 0432-663581 dell'Ufficio Protocollo.

“INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003:

titolare del trattamento è il Comune di Campoformido, Largo Municipio 9; il titolare tratta i dati personali da Lei forniti con modalità anche automatizzate, per le finalità previste dall'art. 24 comma 1 lettera a) del D. Lgs 196/2003 (cioè per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria). I soggetti che verranno a conoscenza di tali dati personali, oltre al titolare, saranno le C.C.I.A.A., l'Azienda Servizi Sanitari, i Vigili del Fuoco, la Questura, la Prefettura, il Casellario Giudiziale.

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 rivolgendosi al Comune di Campoformido, Largo Municipio 9.

Allega Titolo autorizzativo originale (solo per SOTTOSEZIONE A3)

SEZIONE B - VARIAZIONI SOGGETTIVE

SOTTOSEZIONE B1

la nuova ragione sociale della società è (indicare denominazione e codice fiscale): _____

_____ |16 caratteri

la nuova sede legale è nel Comune di _____ Provincia| | |

Via/Piazza _____ N _____ C.A.P. | | | | |

la nuova residenza dell'impresa individuale è nel Comune di _____ Provincia| | |

Via/Piazza _____ N _____ C.A.P. | | | | |

SOTTOSEZIONE B2

la sostituzione del/dei seguente/i socio/i (nome, cognome, codice fiscale)

_____ |16 Caratteri

_____ |16 Caratteri

_____ |16 Caratteri

con il/i seguente/i socio/i **non avente legale rappresentanza**

_____ |16 Caratteri

_____ |16 Caratteri

_____ |16 Caratteri

SOTTOSEZIONE B3 - SUBINGRESSO SENZA ATTIVAZIONE

ALL'IMPRESA _____

(indicare denominazione del precedente titolare)

A SEGUITO DI:

- acquisto d'azienda
- affitto d'azienda
- successione ereditaria
- donazione
- trasformazione societaria
- scioglimento di società
- conferimento di ditta individuale in società
- altre cause (specificare): _____

Estremi dell'atto: Notaio _____ N.Repertorio _____ Registrato
a _____ il _____ al n. _____ (se l'atto è
in corso di registrazione dovrà essere allegata fotocopia dello stesso o dichiarazione del Notaio)

DATA _____ FIRMA _____