

**COMMERCIO AL DETTAGLIO SU AREE PUBBLICHE
SU POSTEGGIO IN CONCESSIONE
DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SPUNTA**

MOD COMAPS

AL COMUNE DI * _____

Al sensi del D. Lgs. 114/98 (artt. 28 e 10 c. 5), della L.R. 2/2/2010 n. 6 **il sottoscritto**

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:

☐ **titolare dell'omonima impresa individuale:**

PARTITA IVA (se già iscritto) _____

con sede nel comune di _____ Provincia _____

Via, piazza, ecc. _____ N° _____ Cap _____ Tel. _____

Iscrizione al registro imprese (se già iscritto): N° _____ Data _____ CCIAA di _____

Data iscrizione al registro imprese per commercio su aree pubbliche (se diversa) _____

☐ **legale rappresentante della società:**

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

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel comune di _____ Provincia _____

Via, piazza, ecc. _____ N° _____ Cap _____ Tel. _____

Iscrizione al registro imprese (se già iscritto): N° _____ Data _____ CCIAA di _____

Data iscrizione al registro imprese per commercio su aree pubbliche (se diversa) _____

Titolare di autorizzazione di commercio su aree pubbliche di tipo A ☐ B ☐ N° _____

Rilasciata in data ____/____/____ dal Comune di _____

Chiede di venire iscritto nella lista di spunta relativa al mercato di:

A far tempo dal ____/____/____

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI

Alimentare *

Somministrazione di alimenti e bevande **

Non alimentare

☐
☐
☐

N.B. La presente richiesta vale fino al 31/12 dell'anno in corso e va ripresentata ogni anno

SEZIONE A: ESERCIZIO DELL'ATTIVITA'

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI

Alimentare *

Somministrazione di alimenti e bevande **

Non alimentare

☐
☐
☐

RICHIESTA DI POSTEGGIO IN AREA MERCATALE

Visto l'avviso pubblicato sul BURL in data _____ si richiede l'assegnazione del seguente posteggio

Mercato _____ posteggio n° _____

Dimensioni: larghezza _____ profondità _____

Avente requisiti sanitari specifici per la vendita di _____

Titoli preferenziali _____

RICHIESTA DI POSTEGGIO FUORI MERCATO

Indirizzo _____ Dimensioni: larghezza _____ profondità _____

Avente requisiti sanitari specifici per la vendita di _____

Titoli preferenziali _____

SEZIONE B: VARIAZIONI

Relativamente al posteggio ubicato in (indirizzo mercato) _____

n° _____ e dimensioni: larghezza _____ profondità _____

relativo all'autorizzazione n° _____ del _____ / concessione n° _____ del _____

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI

Alimentare *

Somministrazione di alimenti e bevande **

Non alimentare

☐
☐
☐

Avente requisiti sanitari specifici per la vendita di _____

Titoli preferenziali _____

SI RICHIEDONO LE VARIAZIONI DI CUI ALLE SEZIONIB1 ☐ B2 ☐ B3 ☐ B4 ☐**SEZIONE B1: TRASFERIMENTO DI POSTEGGIO**

Mercato _____ posteggio n° _____

Dimensioni: larghezza _____ profondità _____

Avente requisiti sanitari specifici per la vendita di _____

Titoli preferenziali _____

SEZIONE B2: SCAMBIO DI POSTEGGIO CON ALTRO OPERATORE

Mercato _____ posteggio n° _____

Dimensioni: larghezza _____ profondità _____

Avente requisiti sanitari specifici per la vendita di _____

Attualmente in concessione a _____ il quale con la sottoscrizione nel presente riquadro, dichiara di acconsentire allo scambio.

Firma _____

SEZIONE B3: AMPLIAMENTO DI SUPERFICIE DI POSTEGGIO

Mercato _____

Dimensione minima richiesta:

larghezza

--	--	--	--

profondità

--	--	--	--

Avente requisiti sanitari specifici per la vendita di _____

Titoli preferenziali:

acquisto o sostituzione autonegozio

☐

adeguamento sanitario

☐

altro _____

☐**SEZIONE B4: ESTENSIONE DI SETTORE MERCEOLOGICO**

AGGIUNTA DEL SETTORE:

Alimentare *

☐

Somministrazione di alimenti e bevande **

☐

Non alimentare

☐

* per acquisire il settore alimentare è necessario possedere i requisiti professionali.

** per la somministrazione, si richiede anche l'iscrizione al REC

INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE COMPILATA,
L'ATTIVITA' ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE.

Attività prevalente: _____

Attività secondaria: _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

☐

ALLEGATI:

A

☐

B

☐

Data _____

Firma del titolare o legale rappresentante _____

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE PER APPORRE GLI ESTREMI DELL'AUTORIZZAZIONE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE

(AUTOCERTIFICAZIONE DA COMPILARE QUALUNQUE SEZIONE SI SOTTOSCRIVA)

- ☐ 1 di essere in possesso dei requisiti di accesso all'attività di cui all'art. 5 del D.Lgs. 114/98 e in particolare:
- di non essere stato dichiarato fallito / che la società rappresentata non è stata dichiarata fallita/che il preposto all'attività commerciale non è stato dichiarato fallito
 - che il sottoscritto non ha subito condanna per delitto non colposo che prevede una pena edittale minima non inferiore a tre anni, con applicazione di una pena detentiva superiore al minimo edittale
 - non ha subito condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al titolo II e VIII del libro II del C.P. (Delitti contro la P.A. - Delitti contro l'economia pubblica, l'industria, il commercio) ovvero di ricettazione, riciclaggio, emissione di assegni
 - non ha subito condanna due o più volte nel quinquennio scorso, per uno dei delitti di cui agli artt. 442, 444, 513, 513 bis, 515, 516, 517 del C.P. o per delitti di frode nella preparazione o nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali
- ☐ 2 Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione in quanto:
- non è sottoposto ad una delle misure di prevenzione di cui alla Legge 1423/56 (es. diffida, foglio di via obbligatorio, sorveglianza speciale, divieto od obbligo di soggiorno), né colpito da una delle misure previste dalla Legge 575/85, né dichiarato delinq
- ☐ 3 che, pur incorrendo in una delle condizioni ostative di cui all'art. 5 del d.lgs. 114/98, e più precisamente
- _____
- ha ottenuto la riabilitazione con provvedimento/i di _____ in data _____ n° _____
 - sono trascorsi cinque anni dal giorno in cui la pena è stata scontata o si sia in altro modo estinta, ovvero essendo stata concessa sospensione condizionale della pena, sono trascorsi cinque anni dal passaggio in giudicato della sentenza.
- ☐ 4 di non essere titolare di più di un'altra autorizzazione nel mercato richiesto
- ☐ 5 di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti vanno rispettate le relative norme speciali (art. 26 comma 3 del d. lgs. 114/98 e Ord. Ministero Sanità 2/3/2000)

(DA COMPILARE SOLO PER IL COMMERCIO DEL SETTORE ALIMENTARE)

Solo per le imprese individuali

- 6 di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:
- 6.1 ☐ essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di _____ con il n° _____ per il commercio delle tabelle merceologiche _____
- 6.2 ☐ essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di _____ con il n° _____ per la somministrazione di alimenti e bevande (*) _____
- 6.3 ☐ aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare: nome dell'istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____
- 6.4 ☐ aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari tipo di attività _____ dal _____ al _____ n° di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____ n° R.E.A. _____
- 6.5 ☐ aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari nome impresa _____ sede _____ nome impresa _____ sede _____ quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____

Solo per le società

- 7 ☐ che i requisiti professionali sono posseduti dal Sig. _____ che ha compilato la dichiarazione di cui all'alegato B.

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 26 L. n° 15/1988.

Data _____

Firma del titolare o legale rappresentante _____

(*) Deve essere compilato solo da chi richiede l'autorizzazione anche per la somministrazione

AII. A: DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 Dpr 252/98

(solo per le società quando è compilato il quadro autocertificazione)

Cognome _____ Nome _____ CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita ____ / ____ / ____ Cittadinanza _____ Sesso M ☐ F ☐
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____ Comune _____
Via, piazza, ecc. _____ N° _____ Cap _____

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5c, 2 e 4 del d.lgs. 114/1998

Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n° 575" (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 26 L. n° 15/1968.

Data _____ Firma _____

Cognome _____ Nome _____ CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita ____ / ____ / ____ Cittadinanza _____ Sesso M ☐ F ☐
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____ Comune _____
Via, piazza, ecc. _____ N° _____ Cap _____

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5c, 2 e 4 del d.lgs. 114/1998

Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n° 575" (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 26 L. n° 15/1968.

Data _____ Firma _____

Cognome _____ Nome _____ CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita ____ / ____ / ____ Cittadinanza _____ Sesso M ☐ F ☐
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____ Comune _____
Via, piazza, ecc. _____ N° _____ Cap _____

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5c, 2 e 4 del d.lgs. 114/1998

Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n° 575" (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 26 L. n° 15/1968.

Data _____ Firma _____

(solo per le società esercenti il settore alimentare quando è compilato il quadro autocertificazione)

Cognome _____ Nome _____ CF _____

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

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, piazza, ecc. _____ N° _____ Cap _____

- ☐ **LEGALE RAPPRESENTANTE** della società _____
☐ **DESIGNATO PREPOSTO** della società _____ in data _____

- 1) Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5c, 2 e 4 del d.lgs. 114/1998
- 2) Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n° 575" (antimafia).
- 3) Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali

- 3.1 ☐ essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di _____
con il n° _____ per il commercio delle tabelle merceologiche _____
- 3.2 ☐ aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare:
nome dell'istituto _____ sede _____
oggetto del corso _____ anno di conclusione _____
- 3.3 ☐ aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari
tipo di attività _____ dal _____ al _____
n° di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____ n° R.E.A. _____
- 3.4 ☐ aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari
nome impresa _____ sede _____
nome impresa _____ sede _____
quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____
quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____

Data

Firma _____