



REGIONE DEL VENETO

COMMERCIO AL DETTAGLIO

**MEDIE STRUTTURE**

**S.C.I.A. - Segnalazione Certificata di Inizio Attività**

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Cod. ISTAT | | | | | | | |

**...!... sottoscritt...:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ **Comune** \_\_\_\_\_

Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ **Comune** \_\_\_\_\_

Via o .... \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**in qualità di titolare dell'omonima impresa individuale:**

PARTITA IVA (se già iscritto) | | | | | | | | | | | | | |

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via o ... \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ ☎

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_; n. REA \_\_\_\_\_

**in qualità di legale rappresentante della società:**

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | P. IVA (solo se diversa dal C.F.) | | | | | | | | | | | | | |

denominazione e ragione sociale \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via o ... \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ ☎

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_; n. REA \_\_\_\_\_

**SEGNALA**

**di iniziare l'attività di commercio al dettaglio a seguito:**

**sez. A - APERTURA PER SUBINGRESSO**

**sez. B - RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA**



**sezione B****RIDUZIONE DELLA SUPERFICIE DI VENDITA****INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO**

Via o .... \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**SETTORE MERCEOLOGICO E SUPERFICI DI VENDITA ORIGINARIE:**

- |   |     |         |
|---|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> Alimentare                                       | mq. | _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Non alimentare                                   | mq. | _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Non alimentare a grande fabbisogno di superficie | mq. | _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Misto  | mq. | _ _ _ _ |

**Tabelle speciali** riservate ai titolari di:

- |  |                                   |  |     |         |
|--|-----------------------------------|--|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> Rivendita generi di monopolio | <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Impianto Carburanti | mq. | _ _ _ _ |
|--|-----------------------------------|--|-----|---------|

**SUPERFICIE TOTALE DI VENDITA DELL'ESERCIZIO** mq. |\_|\_|\_|\_|

□ esclusa la superficie adibita ad altri usi □ magazzini, uffici, servizi ecc. □

**SUPERFICIE COMPLESSIVA** mq. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

□ compresa la superficie adibita ad altri usi □ magazzini, uffici, servizi ecc. □

INSEGNA \_\_\_\_\_

 inserito nel centro commerciale \_\_\_\_\_ a carattere permanente a carattere stagionale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**A SEGUITO DELLA RIDUZIONE LA SUPERFICIE DI VENDITA SARA' COSI' REDISTRIBUITA:****SETTORE MERCEOLOGICO E SUPERFICI DI VENDITA:**

- |   |     |         |
|---|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> Alimentare                                       | mq. | _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Non alimentare                                   | mq. | _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Non alimentare a grande fabbisogno di superficie | mq. | _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Misto  | mq. | _ _ _ _ |

**Tabelle speciali** riservate ai titolari di:

- |  |                                   |  |     |         |
|--|-----------------------------------|--|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> Rivendita generi di monopolio | <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Impianto Carburanti | mq. | _ _ _ _ |
|--|-----------------------------------|--|-----|---------|

**SUPERFICIE TOTALE DI VENDITA DELL'ESERCIZIO** mq. |\_|\_|\_|\_|

□ esclusa la superficie adibita ad altri usi □ magazzini, uffici, servizi ecc. □

**SUPERFICIE COMPLESSIVA** mq. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

□ compresa la superficie adibita ad altri usi □ magazzini, uffici, servizi ecc. □

**INDICARE PER ESTESO L'ATTIVITA' ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE.**

Attività prevalente: \_\_\_\_\_

Attività secondaria: \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE SONO STATI COMPILATI ANCHE:**

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE

ALLEGATO A

ALLEGATO B

- Ai sensi dell'art. 6 comma 1 e dell'art. 45 comma 2 del D.Lgs. 82/2005, elegge come proprio domicilio informatico il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) al quale verranno inviate tutte le comunicazioni riguardanti la presente SCIA:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_.

**Firma**

Data .....

.....

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. N. 445/2000 (autocertificazione)

- consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 28/12/2000, n. 445, nonché la decadenza dei benefici prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art.75, del medesimo decreto;

- consapevole inoltre che, dove il fatto non costituisca più grave reato, chiunque, nelle dichiarazioni o attestazioni o asseverazioni che corredano la segnalazione di inizio attività, dichiara o attesta falsamente l'esistenza dei requisiti o dei presupposti di cui al comma 1 dell'art. 19, legge 241/90, **è punito con la reclusione da uno a tre anni;**

**DICHIARA:**

1.  di essere in possesso dei requisiti morali previsti (art.71 del D.L.vo n°59 del 26.03.10);
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" (antimafia);
3.  di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio vanno rispettate le relative norme speciali (art.8, c.3, della legge regionale n. 15/2004: ad es. negozi di ottica, prodotti di erboristeria, oggetti preziosi, antichità ed oggetti d'arte, armi ed esplosivi, giornali e riviste, piante e sementi)  
*(eventuale)*

**SUCCESSIONE EREDITARIA/TESTAMENTARIA:**

<b>data di decesso del titolare</b>			
<b>CHE EREDI O LEGATARI SONO:</b>			
cognome	nome	luogo di nascita	data di nascita

**- RELATIVAMENTE AI LOCALI SEDE DELL'ESERCIZIO:**

che i locali, così come rappresentati nell'allegata planimetria, sono così censiti al NCEU:

dati catastali	categoria	classe	sezione	foglio	mappale	subalterno

che sono conformi alla normativa vigente in materia urbanistico-edilizia ed igienico sanitaria per l'utilizzazione richiesta;

che sono stati rispettati i regolamenti locali di polizia urbana ed annonaria;

che l'ultimo intervento edilizio è stato realizzato in conformità al seguente titolo edilizio:

<input type="checkbox"/> Concessione	<input type="checkbox"/> Autorizzazione edilizia	<input type="checkbox"/> Permesso di costruire
<input type="checkbox"/> DIA-dichiarazione inizio attività	<input type="checkbox"/> SCIA-Segnalazione Certificata Inizio Attività	<input type="checkbox"/> Comunicazione attività libera

**Nr. SPEC. o PROT.** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_  
(precisare obbligatoriamente gli estremi e la tipologia dell'atto abilitativo)

che gli immobili sono agibili a seguito del rilascio del certificato di Agibilità n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

allega planimetria dei locali, in scala adeguata, con evidenziata la superficie di vendita.

**oppure, in alternativa,**

allega asseverazione a firma di tecnico abilitato, corredata dai relativi elaborati tecnici.

(DA COMPILARE PER IL COMMERCIO DEL **SETTORE ALIMENTARE**)

**Solo per le imprese individuali:**

5. di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali (art.71 del D.L.vo n°59 del 26.03.10):

5.1  - aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare o la somministrazione di alimenti e bevande;

5.2  - essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di laurea;

nome dell'Istituto \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

oggetto del corso \_\_\_\_\_ anno di conclusione \_\_\_\_\_

(allega fotocopia dell'attestato/diploma)

5.3  - aver esercitato in proprio (almeno 2 anni negli ultimi 5 anche non continuativi) l'attività del settore alimentare o di somministrazione di alimenti e bevande:

tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

n. REA \_\_\_\_\_ della CCIAA di \_\_\_\_\_

5.4  - aver prestato la propria opera (almeno 2 anni negli ultimi 5, anche non continuativi) presso imprese esercenti l'attività del settore alimentare o di somministrazione di alimenti e bevande,:

nome impresa \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

nome impresa \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(allega fotocopia del libretto di lavoro o della busta paga)

5.5  - di essere stato iscritto al R.E.C. della CCIAA di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

per le ex tabelle alimentari o la somministrazione di alimenti e bevande;

nella sezione speciale del registro per la gestione di impresa turistica (R.I.T.);

salvo cancellazione volontaria o per perdita di requisiti.

5.6  - di aver superato in data \_\_\_\_\_ l'esame di idoneità presso la CCIAA di \_\_\_\_\_

**Solo per le società:**

6.  - che i requisiti professionali sono posseduti dal... Sig.... \_\_\_\_\_  
che ha compilato la dichiarazione di cui all'Allegato B.

**Tutti:**

7. per l'attestazione di registrazione igienico sanitaria relativa ai locali:

allega alla presente la SCIA sanitaria e gli allegati relativi: )

di aver presentato in data \_\_\_\_\_ all'USSL la SCIA: )

di essere in possesso dell'attestazione igienico sanitaria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Mod:  B1  B2

**FIRMA**

Data \_\_\_\_\_

- ( **ALLEGA:**  fotocopia del documento di identità;  
 planimetria dei locali con evidenziata la sup. di vendita;  
 copia del permesso di soggiorno (per i cittadini extracomunitari);

Relativamente al commercio di **prodotti alimentari:**

- ( **ALLEGA:**  copia dell'attestato di frequenza o diploma/laurea al corso professionale/scolastico per il settore alimentare



