

Comunicazioni varie commercio  
NON SERVE MARCA DA BOLLO

Questo modulo deve essere compilato con tutti i dati richiesti. Può essere salvato sul proprio PC e firmato digitalmente dal richiedente, oppure stampato e firmato in forma autografa allegando poi una copia del documento di identità di chi ha firmato. Il modulo deve essere inoltrato da una casella di posta certificata personale o di un intermediario e deve pervenire all'indirizzo PEC a fianco riportato.

SPORTELLO UNICO ATTIVITA' PRODUTTIVE

Comune di \_\_\_\_\_

e-mail certificata:

**COMUNICAZIONI VARIE**  
**COMMERCIO IN SEDE FISSA - COMMERCIO SU AREE PUBBLICHE**

**Il sottoscritto:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M  F   
Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Via, Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
telefono/cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

**titolare dell'omonima impresa individuale:**

PARTITA IVA (se già iscritto) \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

N. di iscrizione al Registro imprese \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

CCIAA di \_\_\_\_\_

**legale rappresentante della società, associazione o organismo collettivo:**

C.F. \_\_\_\_\_

PARTITA IVA (se diversa dal C.F.) \_\_\_\_\_

Denominazione/ragione sociale \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

N. di iscrizione al Registro imprese \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

CCIAA di \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

autorizzato ad inoltrare la presente in forza dei poteri conferitigli dai patti sociali,

**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 il 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  
 Rivendite di generi di monopolio  
 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**

SI NO

- 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 farmaci da banco o di automedicazione
- vendita di prodotti complementari presso rivendita di quotidiani e periodici in forma esclusiva
- affidamento di gestione di reparto
- variazione ragione sociale impresa societaria
- variazione sede legale impresa societaria
- variazione residenza impresa individuale
- variazione dei soci
- subingresso senza attivazione
- variazione preposto

## COMUNICA

INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO:

Comune

C.A.P.

Via, Viale, Piazza, ecc.

N.

POSTEGGIO n.

nel mercato di

**SOSPENSIONE TEMPORANEA DI ATTIVITA'** (la sospensione superiore a 12 mesi è soggetta a domanda di autorizzazione)

Inizio della sospensione dell'attività il

Durata della sospensione

(indicare i mesi o i giorni)

**RIAPERTURA DI ATTIVITA' AL TERMINE DELLA SOSPENSIONE**

Riapertura delle attività il

**CESSAZIONE DEFINITIVA DI ATTIVITA'**

Cessazione definitiva dell'attività il

**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:


### 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. [ ] dott. [ ]  
è in possesso dei requisiti previsti dall'art.5, comma 2, del D.L. 223/2006, convertito nella Legge 248/06.

### 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 complementari<sup>1</sup>;
- di essere in possesso dei requisiti professionali previsti dall'art 71 del D. Lgs 26 marzo 2010, n. 59 (comma 6).

### 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:

ditta individuale:

C.F. [ ] PARTITA IVA [ ]

Denominazione [ ]

con sede nel Comune di [ ] Provincia [ ]

Via/piazza [ ] n° [ ] CAP [ ]

società:

C.F. [ ] PARTITA IVA (se diversa dal C.F.) [ ]

Denominazione/ragione sociale [ ]

con sede legale nel Comune di [ ] Provincia [ ]

Via/piazza [ ] n° [ ] CAP [ ]

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.

### VARIAZIONE RAGIONE SOCIALE IMPRESA SOCIETARIA

la nuova ragione sociale della società è \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ PARTITA IVA (se diversa dal C.F.) \_\_\_\_\_

### VARIAZIONE SEDE LEGALE IMPRESA SOCIETARIA

la nuova sede legale è nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### VARIAZIONE RESIDENZA IMPRESA INDIVIDUALE

la nuova residenza è nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### VARIAZIONE DEI SOCI

la sostituzione del/dei seguente/i socio/i

\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

### SUBINGRESSO SENZA ATTIVAZIONE

**ALL'IMPRESA** \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_

#### A SEGUITO DI:

- compravendita
- donazione
- affitto d'azienda
- fusione
- successione
- fallimento
- altre cause

\_\_\_\_\_

contratto stipulato in data \_\_\_\_\_ rep. \_\_\_\_\_ notaio \_\_\_\_\_  
ovvero

successione di morte di \_\_\_\_\_ avvenuta il \_\_\_\_\_

in corso di registrazione (allegare certificato notarile o dichiarazione di successione)

registrato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ vol. \_\_\_\_\_

**VARIAZIONE PREPOSTO** (da compilarsi da parte del nuovo preposto)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M  F   
 Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Via, Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. Di accettare la nomina di preposto per l'attività di commercio del settore merceologico alimentare;
2. Di essere in possesso dei requisiti di onorabilità e di non trovarsi nelle condizioni di cui all'articolo 71, c. 1 del D.Lgs. n. 59/2010;
3. Che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, sospensione o decadenza di cui all'articolo 10 della Legge 31/05/1965, n. 575 (normativa antimafia);
4. Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali di cui all'articolo 71, c. 6, del D.Lgs. n.59/2010, come di seguito indicato:

4.1.  aver frequentato con esito positivo un corso di formazione professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle regioni o dalle province autonome di Trento e Bolzano;

nome dell'Istituto \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_  
 oggetto del corso \_\_\_\_\_ anno di conclusione \_\_\_\_\_

4.2.  aver prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato addetto alla vendita, o all'amministrazione o alla preparazione degli alimenti, o in qualità di socio lavoratore o, se trattasi di coniuge, parente o affine, entro il terzo grado, dell'imprenditore in qualità di coadiutore familiare, comprovata dall'iscrizione all'Istituto nazionale per la previdenza sociale (INPS);

nome impresa \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_  
 nome cooperativa \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_  
 quale dipendente qualificato, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 quale socio lavoratore, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 quale coadiutore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

4.3.  aver esercitato in proprio, per almeno due anni, anche non consecutivi, nell'ultimo quinquennio l'attività di commercio relativa al settore alimentare e di somministrazione di alimenti e bevande:

Tipo di attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Registro Imprese CCIAA di \_\_\_\_\_ R.E.A. n. \_\_\_\_\_  
 (parere ministeriale n. 53422 del 18/05/2010)

4.4.  essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di laurea, anche triennale, o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, purché nel corso di studi siano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti;

Diploma/Laurea di \_\_\_\_\_  
 conseguito/a in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

4.5.  essere stato iscritto al registro esercenti il commercio (REC) di cui alla Legge 11/06/1971, n.426 (Disciplina del commercio), per uno dei gruppi merceologici individuati dalle lettere a), b) e c) dell'articolo 12, comma 2, del D.M. n. 375/1988, ovvero per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande, salvo cancellazione dal medesimo registro, volontaria o per perdita dei requisiti:

Iscrizione al REC presso la Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
 (parere ministeriale n. 53422 del 18/05/2010)

*Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni previste dal D.P.R. n. 445/2000.*

Data \_\_\_\_\_

**Il dichiarante** \_\_\_\_\_

firma da apporre davanti al dipendente addetto oppure  
 allegare copia di un documento di identità in corso di validità

**Allegati:**

- fotocopia semplice documento di identità valido del/i dichiarante/i;
- titolo autorizzativo originale (solo in caso di cessazione definitiva di attività)
- altro

*Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei dati forniti per l'espletamento delle funzioni istituzionali da parte del Comune.*

Data **firma del titolare o legale rappresentante**

---

firma da apporre davanti al dipendente addetto oppure  
allegare copia di un documento di identità in corso di validità

**DECRETO LEGISLATIVO n. 196 DEL 30/06/2003: "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"**  
(\*)

Il Sottoscritto dichiara, all'atto del conferimento dei dati, di essere debitamente informato di quanto previsto dall'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, compresi i diritti che in relazione al trattamento, gli derivano ai sensi dell'art. 7 del medesimo Codice.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**(\*) Informazione resa dall'Amministrazione competente all'applicazione della normativa sul procedimento amministrativo e in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)**

- *Finalità del trattamento dei dati:* espletamento da parte del Comune di funzioni istituzionali, in virtù di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti;
- *Modalità del trattamento:* a) svolgimento di operazioni o complessi di operazioni indicate dall'art. 4 del Codice; b) ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati; c) impiego di personale del Comune e/o di esterni legati al Comune da contratto di appalto o da incarico d'opera professionale;
- *Conferimento dei dati:* è obbligatorio (come onere per l'interessato che voglia ottenere un determinato risultato);
- *Rifiuto di conferire i dati:* comporta l'impossibilità di evadere la pratica o di ottenere l'effetto previsto dalla legge e dai regolamenti;
- *Comunicazione dei dati:* i dati personali acquisiti possono essere comunicati a: a) altri enti pubblici, nei casi e nei modi previsti dalla legge; b) soggetti privati (ditte e consulenti) che abbiano con il Comune contratto per l'elaborazione o la catalogazione di detti dati o che abbiano l'incarico di evadere le pratiche relative al cittadino cui si riferiscono i dati stessi;
- *Diritti dell'interessato:* l'interessato ha il diritto di: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa in forma intelleggibili; conoscere l'origine dei dati, la logica, le finalità e modalità del trattamento; ottenere (quando consentito dalla legge) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento stesso.
- *Titolari e responsabili del trattamento:* il titolare del trattamento dei dati è

**Sportello Unico Attività Produttive** – Responsabile del Servizio: Dott.ssa Pirrone Avv. Caterina  
Comuni: Nimis, Lusevera e Taipana

Sede Operativa: Piazza XXIX settembre n. 13 – 33045 Nimis (UD)

tel. 0432/790045 int. 0104 Fax. 0432/7900173

e.mail. [commercio@com.-nimis.regione.fvg.it](mailto:commercio@com.-nimis.regione.fvg.it) P.E.C. [comune.nimis@certgov.fvg.it](mailto:comune.nimis@certgov.fvg.it)