

COMUNICAZIONE/VARIAZIONE DELLA TIPOLOGIA DELL'ATTIVITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE AL DI FUORI DELLE AREE DI PROGRAMMAZIONE

(Art. 63, comma 3 L.R. 6/2010 e Art. 6 D.G.R.VIII/6495/08)

STEMMA COMUNE	Al Comune di _____ CODICE ISTAT	SPAZIO PROTOCOLLO
---------------	------------------------------------	-------------------

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Data di nascita: ___ / ___ / ___ Cittadinanza: _____ Sesso M F
Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. _____
Residenza: Comune _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
E-mail: _____
Telefono: _____ FAX: _____

in qualità di:

<input type="checkbox"/> Titolare	<input type="checkbox"/> Curatore fallimentare
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Erede o avente causa
<input type="checkbox"/> Altro _____	

dell'Impresa/Azienda/Ente

Denominazione o ragione sociale: _____
 Ditta individuale SNC SAPA SAS SRL SURL SPA
 Ente pubblico Società Cooperativa SS Altro _____
Codice Fiscale _____
Partita IVA (se diversa da C.F.) _____
con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____
Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
Telefono: _____ FAX: _____
 Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____
 In attesa di iscrizione al R.I. CCIAA Non tenuto all'iscrizione in quanto Ente o altra struttura
 Iscritto al R.E.A. al n° _____ In attesa di iscrizione al R.E.A.
 Posizione INAIL _____
 CODICE INAIL Impresa _____
 Iscritto all'Albo Imprenditori Agricoli Professionali n° _____ del ___ / ___ / ___ Prov. _____
 Iscritto all'Albo Imprese Artigiane al n° _____ del ___ / ___ / ___ Prov. _____

consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

La modifica della tipologia esercitata, nel rispetto del Reg. (CE) 852/2004 e delle leggi regionali vigenti in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 63 comma 3 della L.R. 6/2010 e dell'Art. 6 della DGR VIII/6495/2008, in area non soggetta a programmazione

TIPOLOGIA ATTIVITA'

il sottoscritto comunica che intende esercitare, nel rispetto del Regolamento (CE) 852/2004 e delle vigenti leggi regionali in materia di Sanità, i seguenti tipi di attività di somministrazione di cui alla classificazione dell'Art. 6 della DGR VIII/6495 del 23 gennaio 2008:

	Mq
<input type="checkbox"/> a) ristorante, trattoria, osteria con cucina e simili;	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> b) esercizi con cucina tipica lombarda;	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> c) tavole calde, self service, fast food e simili;	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> d) pizzerie e simili;	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> e) bar gastronomici e simili: esercizi in cui si somministrano alimenti e bevande, compresi i prodotti di gastronomia preconfezionati o precotti;	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> f) bar-caffe e simili: esercizi in cui è prevalente la somministrazione di bevande;	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> g) bar pasticceria, bar gelateria, cremeria, creperia e simili;	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> h) wine bar, birrerie, pub, enoteche, caffetterie, sala da the e simili;	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> i) disco-bar, piano bar, american-bar, locali serali e simili: esercizi in cui la somministrazione di alimenti e bevande è accompagnata a servizi di intrattenimento (prevalenza somministrazione);	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> j) discoteche, sale da ballo, locali notturni: esercizi nei quali la somministrazione viene svolta congiuntamente ad attività di trattenimento (prevalenza trattenimento);	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> k) stabilimenti balneari ed impianti sportivi con somministrazione (prevalenza attività di svago).	_ _ _ _

LA MODIFICA DI TIPOLOGIA COMPORTA ANCHE MODIFICHE AL CICLO PRODUTTIVO

- NO
- SI pertanto si allega apposita DIAP (Notifica di inizio attività ai fini igienico sanitari) da inoltrare all'A.S.

Data ___ / ___ / ___ Firma del Titolare o Legale Rappresentante _____

Vi preghiamo, ove possibile di fornire anche le informazioni non obbligatorie che potranno essere utili (es. fax, e-mail codice ATECO) per accelerare l'istruttoria e consentirci di informarvi sullo svolgimento dell'istruttoria.

Privacy: nel compilare questo modello si richiede 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 e s.m.i.). 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.

SPAZIO RISERVATO AL DIPENDENTE COMUNALE

Contrassegnare con una X la soluzione utilizzata per l'autenticità della firma:

- Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante (in corso di validità) (quando la dichiarazione viene inviata per posta o presentata a mezzo incaricato)

Il dichiarante, previo accertamento dell'identità, ha firmato in mia presenza
(quando la firma della dichiarazione viene apposta in presenza del dipendente addetto)

Data __ / __ / __ Firma del dipendente addetto del Comune _____