Comune di San Prisco

Provincia di Caserta

# *ESERCIZI DI COMMERCIO AL DETTAGLIO DI VICINATO COMUNICAZIONE*

Spett.le **COMUNE DI SAN PRISCO**
**Area Ragioneria e Finanze**
**Ufficio Sviluppo Economico**

**Ai sensi del D.Lgs. 114/1998 (art. 7, 10 comma 5 e 26 comma 5)**
**Il/La sottoscritto/a**

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, P.zza, ecc. _____ n. |__|__|__| CAP |__|__|__|__|__|

**In qualità di :**

|__| **Titolare dell'omonima impresa individuale**

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

n. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) |__|__|__|__|__|__| CCIAA di _____

|__| **Legale rappresentante della ditta/società:**

C.F.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PARTITA IVA (se diversa dal codice fiscale) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia di _____

via/piazza _____ n. |__|__|__| CAP |__|__|__|__|__|

n. di iscrizione al Registro Imprese |__|__|__|__|__|__|__| CCIAA di _____

**Trasmette comunicazione relativa a**

| | | |
|---|---|---|
| **A** | **APERTURA** | |__| |
| | A1 NUOVO ESERCIZIO | |__| |
| | A2 CONCENTRAZIONE | |__| |
| **B** | **APERTURA PER SUBINGRESSO** | |__| |
| **C** | **VARIAZIONI** | |__| |
| | C1 TRASFERIMENTO DI SEDE | |__| |
| | C2 AMPLIEMENTO O RIDUZIONE SUPERFICIE DI VENDITA | |__| |
| | C3 VARIAZIONJE DEL SETTORE MERCEOLOGICO | |__| |
| **D** | **CESSAZIONE ATTIVITA'** | |__| |

**Preso atto che l'operazione di cui alle lettere A) e C) potrà avvenire decorsi non meno di 30 giorni dalla data di ricezione della presente comunicazione da parte del Comune, dichiara quanto contenuto nelle rispettiva sezione:**

Copia del presente modello, corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del Comune va presentata al Registro delle Imprese della CCIAA della Provincia dove è ubicato l'esercizio, entro 30 giorni dall'effettivo verificarsi del fatto, qualora non siano giunte da parte del Comune comunicazioni contrarie

## SEZIONE A – APERTURA DI ESERCIZIO

INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO

Comune _____ CAP |__|__|__|__|__|

Via, viale, piazza _____ N. |__|__|__|

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICIE DI VENDITA

**Alimentare e misto** |__| mq. |__|__|__|

**Non alimentare beni persona** |__| mq. |__|__|__|

**Non alimentare altri beni** |__| mq. |__|__|__|

**Non alimentare beni a basso impatto** |__| mq. |__|__|__|

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio |__| Farmacie |__| Carburanti |__| mq. |__|__|__|__|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |__|__|__|__|
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

A CARATTERE

**Permanente** |__|

**Stagionale** |__| dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |__| NO |__|

se **SI** indicare : Denominazione del Centro Commerciale _____

_____

Provvedimento n. |__|__|__| del |__|__| |__|__| |__|__|__|__| rilasciato da _____

**INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95, E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI L'ATTIVITÀ ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE FACENDO RIFERIMENTO AI PRODOTTI INCLUSI NELL'ALLEGATO C**

Attività prevalente: _____

_____

Attività secondaria: _____

_____

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

**QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE** |__| **ALLEGATI: A** |__| **B** |__|

***FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante***

_____

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

*Data*_____

## SEZIONE B – APERTURA PER SUBINGRESSO

INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO

Comune _____ CAP |__|__|__|__|__|

Via, viale, piazza _____ N. |__|__|__|

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICIE DI VENDITA

**Alimentare e misto** |__| mq. |__|__|__|

**Non alimentare beni persona** |__| mq. |__|__|__|

**Non alimentare altri beni** |__| mq. |__|__|__|

**Non alimentare beni a basso impatto** |__| mq. |__|__|__|

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio |__| Farmacie |__| Carburanti |__| mq. |__|__|__|__|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |__|__|__|__|
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

A CARATTERE

**Permanente** |__|

**Stagionale** |__| dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |__| NO |__|

se **SI** indicare : Denominazione del Centro Commerciale _____

_____

Provvedimento n. |__|__|__| del |__|__| |__|__| |__|__|__|__| rilasciato da _____

SUBENTRERA' ALL'IMPRESA : denominazione _____

_____

C.F.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

A SEGUITO DI :

compravendita |__| affitto d'azienda |__| donazione |__|

fusione |__| fallimento |__| successione |__|

altre cause |__|

* Si rammenta che a norma dell'art. 2556 c.c. i contratti di trasferimento, di proprietà o gestione di un'azienda commerciale sono stipulati presso un notaio.

**INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95 SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI, QUALUNQUE SIA LA SEZIONECOMPILATA (ESCLUSA LA D), L'ATTIVITÀ' ESERCITATA O CHE SI INTENDE ESERCITARE FACENDO RIFERIMENTO AI PRODOTTI INCLUSI NELL'ALLEGATO C**

Attività prevalente: _____

_____

Attività secondaria: _____

_____

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

**QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE** |__| **ALLEGATI: A** |__| **B** |__|

***FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante***

_____

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

## SEZIONE C - VARIAZIONE

L' ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

Via,Viale, Piazza,ecc. _____ N. |__|__|__|

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICIE DI VENDITA

| | | |
|---|---|---|
| **Alimentare e misto** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare beni persona** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare altri beni** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare beni a basso impatto** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\| |

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio |__| Farmacie |__| Carburanti |__| mq. |__|__|__|__|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |__|__|__|__|
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

A CARATTERE

**Permanente** |__| **Stagionale** |__| dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |__| NO |__|

se **SI** indicare : Denominazione del Centro Commerciale _____

_____

Provvedimento n. |__|__|__| del |__|__| |__|__| |__|__|__|__| rilasciato da _____

**SUBIRA' LE VARIAZIONI DI CUI ALLE SEZIONI:**

**C1** |__| **C2** |__| **C3** |__|

## SEZIONE C1 - TRASFERIMENTO DI SEDE *

SARA' TRASFERITO AL NUOVO INDIRIZZO:

Via,Viale, Piazza,ecc. _____ N. |__|__|__|

SUPERFICIE DI VENDITA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Alimentare e misto** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| | con ampliamento \|__\| | con riduzione \|__\| |
| **Non alimentare beni persona** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| | con ampliamento \|__\| | con riduzione \|__\| |
| **Non alimentare altri beni** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| | con ampliamento \|__\| | con riduzione \|__\| |
| **Non alimentare beni a basso impatto** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| | con ampliamento \|__\| | con riduzione \|__\| |

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICIE DI VENDITA

| | | |
|---|---|---|
| **Alimentare e misto** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare beni persona** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare altri beni** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare beni a basso impatto** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| |

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio |__| Farmacie |__| Carburanti |__| mq. |__|__|__|__|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |__|__|__|__|
(compresa la superficie adibita ad altri usi)

A CARATTERE

**Permanente** |__|
**Stagionale** |__| dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |__| NO |__|

se **SI** indicare : Denominazione del Centro Commerciale _____

_____

Provvedimento n. |__|__|__| del |__|__| |__|__| |__|__|__|__| rilasciato da _____

* La sezione C1 va compilata anche in caso di contestuale ampliamento (fino ai limiti consentiti per gli esercizi di vicinato) o riduzione di superficie di vendita dell'esercizio trasferito. Non è pertanto necessario compilare la sezione C2.

## SEZIONE D - CESSAZIONE

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune _____ CAP |__|__|__|__|__|

Via, viale, piazza _____ N. |__|__|__|

CESSA DAL |__|__| |__|__| |__|__|__|__| PER:

- trasferimento in proprietà o gestione dell'impresa |__|

- chiusura definitiva dell'esercizio |__|

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA DELL'ESERCIZIO CESSATO

| | | |
|---|---|---|
| **Alimentare e misto** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare beni persona** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare altri beni** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| |
| **Non alimentare beni a basso** | \|__\| | mq. \|__\|__\|__\|__\| |

**Tabelle speciali**

Generi di monopolio |__| Farmacie |__| Carburanti |__| mq. |__|__|__|__|

SUPERFICIE COMPLESSIVA DELL'ESERCIZIO mq. |__|__|__|__|

(compresa la superficie adibita ad altri usi)

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI |__| NO |__|

se **SI** indicare : Denominazione del Centro Commerciale _____

_____

Provvedimento n. |__|__|__| del |__|__| |__|__| |__|__|__|__| rilasciato da _____

***Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 28/12/2000, n. 445***

**Data** _____

***FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante***

_____

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

**QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE**

## IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

(DA COMPILARE PER CHI SOTTOSCRIVE LE SEZIONI A, B, C, salvo in caso di riduzione di superficie di vendita o eliminazione di un settore)

1. |__| di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 5, commi 2 e 4 del d.lgs. 114/1998 (1);
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) (2);
3. |__| di aver rispettato - relativamente al locale dell'esercizio:
   - |__| i regolamenti locali di polizia urbana;
   - |__| i regolamenti locali di polizia annonaria e igienico sanitaria;
   - |__| i regolamenti edilizi;
   - |__| le norme urbanistiche e quelle relative alla destinazione d'uso. *(eventuali annotazioni)*

   _____

4. |__| di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio vanno rispettate le relative norme speciali; *(eventuale)*

*(1) Non possono esercitare l'attività commerciale, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione:*
*a) coloro che sono stati dichiarati falliti;*
*b) coloro che hanno riportato una condanna, con sentenza passata in giudicato, per delitto non colposo per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata in concreto una pena superiore al minimo edittale;*
*c) coloro che hanno riportato una condanna a pena detentiva accertata, con sentenza passata in giudicato, per uno dei delitti di cui al titolo II e VIII del libro II del codice penale, ovvero di ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, sequestro di persona a scopo di estorsione, rapina;*
*d) coloro che hanno riportato due o più condanne a pena detentiva o a pena pecuniaria, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, accertate con sentenza passata in giudicato, per uno dei delitti previsti dagli artt. 442, 444, 513, 513 bis, 515, 516 e 517 del codice penale, o per delitti di frode nella preparazione o nel commercio degli alimenti, previsti da leggi speciali;*
*e) coloro che sono sottoposti ad una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27.12.1956, n. 1423, o nei cui confronti sia stata applicata una delle misure previste dalla legge 31.5.1965, n, 575, ovvero siano stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza.*
*Il divieto di esercizio dell'attività commerciale, permane per la durata di cinque anni a decorrere dal giorno in cui la pena è stata scontata o si sia in altro modo estinta, ovvero, qualora sia stata concessa la sospensione condizionale della pena, dal giorno del passaggio in giudicato della sentenza.*
*(2) In caso di società, tutte le persone di cui al D.P.R. 252/98, art. 2, compilano l'allegato A.*

***Solo per le imprese individuali del settore alimentare***

6. |__| che è in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

6.1 |__| aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio:
nome dell'Istituto _____ sede _____
oggetto del corso _____ anno di conclusione |__|__|__|__|
riconosciuto dalla Regione _____

6.2 |__| di aver esercitato in proprio l'attività di vendita dei prodotti del settore: tipo di attività _____
__ _____ dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
n. iscrizione Registro Imprese |__|__|__|__|__|__| CCIAA di _____ n. R.E.A. |__|__|__|__|__|__|

6.3 |__| di aver prestato la propria opera, presso imprese esercenti l'attività di vendita
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'allegato B.

***Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 28/12/2000, n. 445***

**Data** _____

***FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante***

_____

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

**ALLEGATO A**

**DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R. 252/1998**
*(solo per le società quando è compilato il quadro autocertificazione)*

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

**DICHIARA:**

1. |__| di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5, commi 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).

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

**Data** _____ ***FIRMA***

_____

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

**DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R. 252/1998**
*(solo per le società quando è compilato il quadro autocertificazione)*

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

**DICHIARA:**

1. |__| di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5, commi 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).

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

**Data** _____ ***FIRMA***

_____

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

**DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R. 252/1998**
*(solo per le società quando è compilato il quadro autocertificazione)*

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

**DICHIARA:**

1. |__| di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5, commi 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).

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

**Data** _____ ***FIRMA***

_____

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O PREPOSTO**

Cognome _____ Nome _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__| cittadinanza _____ sesso: |__| M. |__| F.

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via _____ n. _____ CAP. _____

|__| LEGALE RAPPRESENTANTE della società_____

|__| DESIGNATO PREPOSTO dalla società_____

in data |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**DICHIARA:**

1. |__| di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 5, commi 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 31.5.1965, n. 575" (antimafia) (2);
3. |__| di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

3.1 |__| aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio:

nome dell'Istituto _____ sede _____

oggetto del corso _____ anno di conclusione |__|__|__|__|

riconosciuto dalla Regione _____

3.2 |__| di aver esercitato in proprio l'attività di vendita dei prodotti del settore: tipo di attività _____

_____ dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

n. iscrizione Registro Imprese |__|__|__|__|__|__| CCIAA di _____ n. R.E.A. |__|__|__|__|__|__|

3.3 |__| di aver prestato la propria opera, presso imprese esercenti l'attività di vendita

nome impresa _____ sede _____

nome impresa _____ sede _____

|__| quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS,

dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

|__| quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS,

dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| al |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

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

**Data** _____

***FIRMA***

_____

*L'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

**ALLEGATO C**

## CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' DI COMMERCIO AL DETTAGLIO

**Esercizi non specializzati a prevalenza alimentare**
- ipermercati (oltre 2.500 mq - self service)
- supermercati (oltre 400 mq - self service)
- altro (minimercati, prodotti surgelati…)

**Esercizi specializzati a prevalenza alimentare**
Frutta e verdura
Carne e prodotti a base di carne
Pesci, crostacei, molluschi
Pane, pasticceria, dolciumi
Bevande (vini, olii, birra ed altre)
Tabacco e altri generi di monopolio
Altri esercizi specializzati alimentari (drogherie, salumerie, pizzicherie, caffè torrefatto…)

**Esercizi non specializzati a prevalenza non alimentare**
Grandi magazzini (oltre 400 mq - self service)
Altro (vendita di una grande varietà di prodotti non alimentari)

**Esercizi specializzati a prevalenza non alimentare**
Farmacie
Articoli medicali e ortopedici
Cosmetici e articoli di profumeria
Prodotti tessili e biancheria
Articoli di abbigliamento e accessori, pellicceria
Calzature e articoli in cuoio
Mobili, casalinghi e articoli di illuminazione
Elettrodomestici, radio - televisori, dischi, strumenti musicali
Ferramenta, vernici, giardinaggio, art. igienico sanitari e da costruzione
Libri, giornali, cartoleria
Altri esercizi specializzati non alimentari (macchine e attrezzature per ufficio, materiale per ottica, fotografia, orologi, articoli gioielleria, giocattoli, articoli sportivi per il tempo libero,articoli da regalo, oggetti d'arte, combustibile uso domestico, natanti.....)
Articoli di seconda mano (libri usati, mobili usati, indumenti usati, ecc:)
Distributori di carburante

**ALLEGATO D**

## INFORMAZIONI NECESSARIE ALL'UFFICIO COMMERCIO

**Per chi ha compilato il quadro A** (apertura nuovo esercizio) **B** (apertura per subingresso) **C1** (trasferimento sede) **C2** (ampliamento o riduzione superf. vendita):

| *Denominazione fabbricato* | *Estremi catastali del locali* | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | *(Foglio)* | *(Mappale)* | *(Sub)* | *Categoria* | *Classe* |
| | | | | | |

| *Proprietario dei locali* | | |
|---|---|---|
| *Cognome* | *Nome* | |
| | | |
| *Luogo di nascita* | *Data di nascita* | *Codice fiscale* |
| | \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|\|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| |
| *Indirizzo* | *C.A.P.* | *Comune* |
| | ***81054*** | **SAN PRISCO** |
| *Estremi del certificato di agibilità* | | |
| | | |

**Per chi ha compilato il quadro B** (apertura per subingresso)

| *Contratto stipulato in (Luogo)* | *Data* |
|---|---|
| | \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|\|__\|__\| |
| *Estremi notarili* | |
| *Cognome e Nome del Notaio* | *Repertorio n°* |
| | |

**Per chi ha compilato il quadro D** (cessazione di attività)

| *Denominazione della ditta subentrante* | |
|---|---|
| | |
| *Contratto stipulato in (Luogo)* | *Data* |
| | \|__\|__\| \|__\|__\| \|__\|__\|\|__\|__\| |
| *Estremi notarili* | |
| *Cognome e Nome del Notaio* | *Repertorio n°* |
| | |

**Si allega copia di carta di identità.**

**Firma del dichiarante**

_____