



COMMERCIO AL DETTAGLIO
ESERCIZI DI VICINATO
 COMUNICAZIONE

AL COMUNE DI * _____

 ISTAT (RISERVATO AL COMUNE)

 Ai sensi del D.lgs. 114/1998 (artt. 7, 10 comma 5 e 26 comma 5) e della L.R.37/99; **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 _____

N. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____ CCIAA di _____

 legale rappresentante della società:

C.F. _____

P. IVA (se diversa da CF) _____

denominazione o ragione sociale _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via, piazza, ecc. _____ N. _____ CAP _____ Tel _____

N. di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

Trasmette comunicazione relativa a:

		stagionale	permanente
A - APERTURA DI NUOVO ESERCIZIO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - APERTURA PER SUBINGRESSO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - APERTURA PER CONCENTRAZIONE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - VARIAZIONI _____	<input type="checkbox"/>		
C1 - TRASFERIMENTO DI SEDE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2 - AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3 - VARIAZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - CESSAZIONE DI ATTIVITÀ _____	<input type="checkbox"/>		
E - ATTIVITA' TEMPORANEA: _____	<input type="checkbox"/>	dal al	

PRESO ATTO CHE L'OPERAZIONE SOPRAINDICATA SARÀ ESEGUITA DECORSI NON MENO DI 30 GIORNI DALLA DATA DI RICEZIONE DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE DA PARTE DEL COMUNE,

dichiara quanto contenuto nella rispettiva sezione:

* Copia dal presente modello corredata degli estremi dell'avvenuta ricezione da parte del comune va presentata al Registro Imprese della CCIAA della provincia dove è ubicato l'esercizio entro 30 giorni dall'effettivo verificarsi del fatto (apertura, trasferimento, ecc.), qualora non siano giunte da parte del Comune comunicazioni contrarie.

SEZIONE A - APERTURA DI NUOVO ESERCIZIO

INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO

Comune _____ CAP _____

Via, viale, piazza, ecc. _____ N. _____

Dati catastali (sezione, foglio, mappale) _____

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare

mq. | | | | |

Non alimentare

mq. | | | | |

Tablette specialiGeneri di monopolio Farmacie Carburanti

mq. | | | | |

SUPERFICIE DI VENDITA TOTALE DELL'ESERCIZIO

mq. | | | | |

SEZIONE B - APERTURA PER SUBINGRESSO*

INDIRIZZO DELL'ESERCIZIO

Comune _____ CAP _____

Via, viale, piazza, ecc. _____ N. _____

Dati catastali (sezione, foglio, mappale) _____

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA

Alimentare

mq. | | | | |

Non alimentare

mq. | | | | |

Tablette specialiGeneri di monopolio Farmacie Carburanti

mq. | | | | |

SUPERFICIE DI VENDITA TOTALE DELL'ESERCIZIO

mq. | | | | |

SUPERFICIE COMMERCIALE TOTALE mq. | | | | |

SUBENTRERÀ ALL'IMPRESA:

Dati Autorizzazione / comunicazione: _____

Denominazione _____ C.F. | | | | |

A seguito di: - compravendita - fallimento - affitto d'azienda - successione - donazione - altre cause - fusione

- 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.

SEZIONE B1 - APERTURA PER CONCENTRAZIONE

CONCENTRAZIONE di n° _____ esercizi di servizi di seguito indicati:

- Titolare: _____ C.F. | | | | |

Indirizzo _____ aut. n° _____ del: _____ mq: | | | | |

- Titolare: _____ C.F. | | | | |

Indirizzo _____ aut. n° _____ del: _____ mq: | | | | |

- Titolare: _____ C.F. | | | | |

Indirizzo _____ aut. n° _____ del: _____ mq: | | | | |

- Titolare: _____ C.F. | | | | |

Indirizzo _____ aut. n° _____ del: _____ mq: | | | | |

SEZIONE C - VARIAZIONI

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune _____ CAP _____

Via, viale, piazza, ecc. _____ N. _____

Dati Autorizzazione / Comunicazione _____

Dati catastali (sezione, foglio, mappale) _____

SETTORE O SETTORI MERCEOLOGICI E SUPERFICI DI VENDITA (situazione attuale)

Alimentare mq. |_|_|_|_|**Non alimentare** mq. |_|_|_|_|**Tabelle speciali**Generi di monopolio Farmacie Carburanti mq. |_|_|_|_|

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

SUPERFICIE COMMERCIALE TOTALE mq. |_|_|_|_|_|

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. _____

Dati catastali (sezione, foglio, mappale) _____

SEZIONE C2 - AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE DI VENDITA*

LA SUPERFICIE DI VENDITA DELL'ESERCIZIO INDICATO ALLA SEZ. C

SARÀ AMPLIATA A: O RIDOTTA A: **Alimentare** mq. |_|_|_|_|**Non alimentare** mq. |_|_|_|_|**Tabelle speciali**Generi di monopolio Farmacie Carburanti mq. |_|_|_|_|

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

SUPERFICIE COMMERCIALE TOTALE mq. |_|_|_|_|_|

* L'ampliamento può avvenire fino ai limiti consentiti per gli esercizi di vicinato.

SEZIONE C3 - VARIAZIONE DEL SETTORE MERCEOLOGICOSARA' ELIMINATO IL SETTORE: Alimentare Non alimentare **Table speciali**Generi di monopolio Farmacie Carburanti mq. | | | |SARA' AGGIUNTO IL SETTORE: Alimentare * Non alimentare **Table speciali**Generi di monopolio Farmacie Carburanti **L'esercizio sarà modificato con la seguente redistribuzione della superficie:**

SUPERFICIE DI VENDITA PREVISTA:

Alimentare mq. | | | |**Non alimentare** mq. | | | |**Table speciali**Generi di monopolio Farmacie Carburanti mq. | | | |

SUPERFICIE DI VENDITA TOTALE DELL'ESERCIZIO mq. | | | | |

SUPERFICIE COMMERCIALE TOTALE mq. | | | | |

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

SEZIONE D - CESSAZIONE DI ATTIVITA'

L'ESERCIZIO UBICATO NEL

Comune _____ CAP _____

Via, viale, piazza, ecc. _____ N. _____

Dati Autorizzazione /Comunicazione _____

CESSERA' dal ___/___/___ PER:

- trasferimento in proprietà, o gestione subentra la ditta: _____- chiusura definitiva dell'esercizio

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

Alimentare mq. | | | |**Non alimentare** mq. | | | |**Table speciali**Generi di monopolio Farmacie Carburanti mq. | | | |

SUPERFICIE DI VENDITA TOTALE DELL'ESERCIZIO mq. | | | | |

INDICARE PER ESTESO, AI SENSI DEL D.P.R. 581/95, QUALUNQUE SIA LA SEZIONE COMPILATA (ESCLUSA LA D), L'ATTIVITA' 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

Data _____