

## Somministrazione – affidamento di reparto

Modello: COM013\_09\_TOS\_R01.doc

Revisione n. 01 del 03/09/2005

Pagina 1 su un totale di 12

### (compilazione a cura dell'ufficio)

<i>Spazio per apporre il timbro di protocollo</i>	Data: _____ Prot. _____
	Codifica interna: _____
	<input type="checkbox"/> consegna a mano
	<input type="checkbox"/> fax
	<input type="checkbox"/> email
	<input type="checkbox"/> posta ordinaria/raccomandata

Responsabile del procedimento: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### Istruzioni per l'interessato

<b>Cosa?</b>	Modello per comunicare l'affidamento a terzi di un reparto all'interno dell'attività di somministrazione di alimenti e bevande ai sensi della lr 28/2005.
<b>A chi?</b>	Questo modello deve essere inoltrato all'ufficio competente (ufficio commercio o SUAP). Verificare su internet o telefonicamente i recapiti dell'ufficio competente.
<b>Da chi?</b>	Il modello viene sottoscritto dall'interessato. La consegna può essere fatta anche da altri soggetti.
<b>Come?</b>	1) consegna a mano all'ufficio competente (la data di presentazione è quella della consegna) 2) consegna a mano all'ufficio protocollo dell'ente competente (la data di presentazione è quella della consegna) 3) inoltro postale (la data di presentazione è quella di ricezione da parte dell'ente) 4) fax (utilizzare i numeri fax messi a disposizione dall'ufficio competente) 5) posta elettronica certificata (se l'ufficio competente dispone di tale servizio) 6) altro mezzo idoneo di trasmissione (consultare l'ufficio competente)
<b>Quando?</b>	La norma non prevede un termine per la comunicazione dell'affidamento di reparto ma dispone: "Il titolare, qualora non abbia provveduto alla comunicazione di [affidamento di reparto], risponde in proprio dell'attività esercitata dal gestore"
<b>Copie</b>	1 originale + 2 copie (che saranno inoltrati dall'ufficio competente agli uffici addetti alla vigilanza, di regola ASL e Polizia Municipale)
<b>Inoltre</b>	Per l'avvio dell'attività occorre accertare il possesso dei requisiti soggettivi (qui autocertificati) e di quelli oggettivi (requisiti edilizi ed igienico-sanitari dell'immobile, requisiti delle attrezzature ecc...)

**Privacy:** Nel compilare questo modello le chiederemo 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 (dlgs 196/2003). 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.

### Scheda sintetica

#### (compilazione a cura dell'interessato)

1 –Esercente reparto: \_\_\_\_\_  
2 – Proprietario: \_\_\_\_\_  
3 – Immobili/terreni: Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
4 – Attività svolta: \_\_\_\_\_  
5 – Procedimenti \_\_\_\_\_  
6 – Tecnico Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Soggetto che affida il reparto (attuale titolare): \_\_\_\_\_ aut. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)  
Attività a carattere:  permanente  stagionale: periodo \_\_\_\_\_

## Somministrazione – affidamento di reparto

Modello: COM013\_09\_TOS\_R01.doc

Revisione n. 01 del 03/09/2005

Pagina 2 su un totale di 12

*Trattasi di comunicazione e pertanto non è soggetta ad imposta di bollo*

Marca da bollo  
NON  
DOVUTA

Destinatario:

Ufficio \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**In grassetto** sono indicati i paragrafi in cui è suddiviso il modello. Ogni paragrafo contiene un gruppo di informazioni specifiche (es. 1. Dati dell'esercente). Sono previsti anche sottoparagrafi (es. 3.1)

**In rosso** sono fornite delle brevi istruzioni sui contenuti delle informazioni richieste. Per maggiori dettagli consultate il sito internet e l'ufficio competente.

*In corsivo* sono indicati i campi generalmente non obbligatori. Vi preghiamo, ove possibile di fornire anche le informazioni non obbligatorie che potranno essere utili (es. fax, email) per accelerare l'istruttoria e consentirci di informarvi sullo svolgimento dell'istruttoria. Le informazioni facoltative potranno integrare quelle obbligatorie eventualmente non inserite ed evitare così richieste di integrazioni.

**(compilazione a cura dell'interessato)**

**Avvertenza** L'interessato si dichiara a conoscenza che i dati forniti devono essere veritieri ed è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi è un reato. Ne conseguono sanzioni (revoca, sospensione) e la decadenza dai benefici conseguiti.

Il sottoscritto (colui che affida il reparto) comunica l'affidamento di reparto nell'attività di somministrazione di alimenti e bevande ed a tal fine fornisce le seguenti informazioni e dichiarazioni.

### 1. Dati dell'esercente (colui che subentra nel reparto)

**Dati anagrafici del soggetto che eserciterà l'attività nel reparto.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

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

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ [ ] *posta elettronica certificata*

**Se il soggetto esercente è una impresa inserire i dati identificativi della stessa (non tutti i campi sono obbligatori, inserire quelli indispensabili per identificare univocamente l'impresa)**

Il soggetto sopra indicato è

[ ] titolare di ditta individuale [ ] legale rappresentante:

Denominazione \_\_\_\_\_

Forma societaria (es. SRL, SAS, SPA ecc....): indicare \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ (11 caratteri)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Sede: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

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

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ [ ] *posta elettronica certificata*

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

### 1.1 Dati del titolare (colui che cede il reparto)

**Dati anagrafici del soggetto che esercita attività di somministrazione e che procede all'affidamento di reparto.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

[ ] titolare di ditta individuale [ ] legale rappresentante:

Denominazione \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

**2. Dati del proprietario degli immobili/terreni**

**Dati del soggetto che ha la proprietà degli immobili/terreni. Nel caso di pratiche esclusivamente amministrative non è obbligatorio fornire i dati di questa sezione. Indicare nel punto 2.1 gli altri aventi titolo**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

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

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ [ ] *posta elettronica certificata*

**Se il soggetto esercente è una impresa inserire i dati identificativi della stessa (non tutti i campi sono obbligatori, inserire quelli indispensabili per identificare univocamente l'impresa)**

Il soggetto sopra indicato è

[ ] titolare di ditta individuale [ ] legale rappresentante:

Denominazione \_\_\_\_\_

Forma societaria (es. SRL, SAS, SPA ecc...): indicare \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ (11 caratteri)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Sede: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

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

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ [ ] *posta elettronica certificata*

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

**3. Dati degli immobili e dei terreni**

**Si tratta dei dati identificativi degli immobili ovvero dei terreni cui si riferisce la pratica (occorre inserire i dati necessari ad identificarli univocamente, non tutti i campi sono obbligatori)**

**3.1 Identificazione stradale:**

**Sono i dati di identificazione dell'immobile secondo l'indirizzo e la numerazione civica (se conosciuti vi preghiamo di indicare anche gli altri elementi richiesti ed in particolare l'interno, il piano e la scala)**

Toponimo (es. via, piazza, corte ecc..) \_\_\_\_\_

Indirizzo (es. Dante Alighieri) \_\_\_\_\_

Civico (es. 1, 2, 14-16, ecc...) \_\_\_\_\_

Esponente civico (es. 1/A, 3/C) \_\_\_\_\_

Interno (es. 1, 2, 3 ecc...) \_\_\_\_\_

Piano (es. 1°, 2°, 3° ecc...) \_\_\_\_\_

Scala (es. 1, 2, A, B ecc...) \_\_\_\_\_

**3.2 Identificazione catastale:**

**Sono i dati di identificazione per la registrazione catastale (i principali sono il Foglio, la Mappa ed il Subalterno)**

[ ] catasto terreni [ ] catasto fabbricati

Categoria catastale (es. A02) \_\_\_\_\_

Classe catastale (es. 3) \_\_\_\_\_

Foglio (es. 1, 2, 3 ecc...) \_\_\_\_\_

Numero (mappale) (es. 1, 2, 3 ecc...) \_\_\_\_\_

Subalterno (es. 1, 2, 3 ecc...) \_\_\_\_\_

**3.3 Identificazione all'insegna**

**Indicare la denominazione che appare nell'eventuale insegna d'esercizio esterna al locale**

Insegna d'esercizio \_\_\_\_\_

Insegna d'esercizio \_\_\_\_\_

#### 4. Attività di somministrazione

**Si tratta di indicare l'attività svolta nel reparto e quella svolta nella restante parte dell'esercizio**

Descrizione dell'attività svolta nel reparto: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (**barrare una o più caselle**):

- corrispondente alla tipologia di BAR
- corrispondente alla tipologia di RISTORANTE
- \_\_\_\_\_

Descrizione dell'attività svolta nell'esercizio (escluso il reparto): \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (**barrare una o più caselle**):

- corrispondente alla tipologia di BAR
- corrispondente alla tipologia di RISTORANTE
- \_\_\_\_\_

#### 4.1. Classificazione ATECO

**Si tratta della classificazione dell'attività secondo i codici ISTAT (denominati ATECO 2002). Vi preghiamo di indicare i codici che corrispondono all'attività. Per ulteriori informazioni sui codici <http://www.istat.it/>**

Codici Ateco: \_\_\_\_\_

#### 5. Procedimenti attivati in occasione dell'affidamento del reparto

**Barrare l'ipotesi corrispondente alla procedura attivata.**

**Indicare se sono state richieste e/o attivate le altre procedure connesse con l'avvio dell'attività**

- |  |   |
|--|---|
| Autorizzazione sanitaria per la preparazione di alimenti e bevande | <input type="checkbox"/> Richiesta e ad oggi non ottenuta |
|  | <input type="checkbox"/> Non necessaria                   |
|  | <input type="checkbox"/> Ottenuta (n. _____ del _____)    |
| Valutazione di impatto acustico                                    | <input type="checkbox"/> Richiesta e ad oggi non ottenuta |
|  | <input type="checkbox"/> Non necessaria                   |
|  | <input type="checkbox"/> Ottenuta (n. _____ del _____)    |
| Installazione di giochi leciti (videogiochi, biliardo ecc...)      | <input type="checkbox"/> Richiesta e ad oggi non ottenuta |
|  | <input type="checkbox"/> Non necessaria                   |
|  | <input type="checkbox"/> Ottenuta (n. _____ del _____)    |
| Comunicazione di vendita al dettaglio di prodotti                  | <input type="checkbox"/> Richiesta e ad oggi non ottenuta |
|  | <input type="checkbox"/> Non necessaria                   |
|  | <input type="checkbox"/> Ottenuta (n. _____ del _____)    |
| Installazione dell'insegna di esercizio                            | <input type="checkbox"/> Richiesta e ad oggi non ottenuta |
|  | <input type="checkbox"/> Non necessaria                   |
|  | <input type="checkbox"/> Ottenuta (n. _____ del _____)    |
| Indicare: _____  | <input type="checkbox"/> Richiesta e ad oggi non ottenuta |
|  | <input type="checkbox"/> Non necessaria                   |
|  | <input type="checkbox"/> Ottenuta (n. _____ del _____)    |
| Indicare: _____  | <input type="checkbox"/> Richiesta e ad oggi non ottenuta |
|  | <input type="checkbox"/> Non necessaria                   |
|  | <input type="checkbox"/> Ottenuta (n. _____ del _____)    |

Note: \_\_\_\_\_

**6. Incaricati e delegati**

**Si tratta dei dati anagrafici dei soggetti che curano la pratica per conto dell'interessato (geometra, architetto, commercialista ecc...) e di eventuali delegati (parenti, amici ecc...)**

**6.1 Tecnici e professionisti**

Qualifica (Arch., Ing., Geom. ecc..) \_\_\_\_\_ Iscritto all'ordine/collegio in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)  
 Studio: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ [ ] *posta elettronica certificata*

**6.2 Associazione di categoria**

Associazione di categoria: \_\_\_\_\_ *referente:*  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)  
 Sede: Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)  
 Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ [ ] *posta elettronica certificata*

**7. Dichiarazioni**

**In questa sezione vengono richieste alcune dichiarazioni relative a particolari condizioni in cui può trovarsi l'interessato**

**7.1 Titolarità alla presentazione della domanda**

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente domanda e dei relativi procedimenti
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa ai procedimenti attivati potrà essere inoltrata anche per il tramite dei professionisti indicati nel presente modello sia mediante trasmissione ordinaria (lettera) che mediante fax, email o altro sistema di comunicazione

Il sottoscritto è a conoscenza di quanto previsto dalla l.r. 28/2005 - Art.75 (Affidamento di reparto)

- Il titolare di un esercizio commerciale può affidare la gestione di uno o più reparti, per un periodo di tempo convenuto, ad un soggetto in possesso dei requisiti di cui agli articoli 13 e 14, dandone comunicazione al comune.
- Il gestore è tenuto al mantenimento dei livelli occupazionali relativi al reparto di cui ha assunto la gestione ed al rispetto dei contratti collettivi di lavoro.
- Il titolare, qualora non abbia provveduto alla comunicazione di cui al comma 1, risponde in proprio dell'attività esercitata dal gestore.
- Il reparto affidato in gestione deve presentare un collegamento strutturale con l'esercizio ove il reparto è collocato e non avere un accesso autonomo.

**7.2 Requisiti soggettivi morali (di colui che gestirà il reparto)**

**L'indicazione del requisito costituisce autocertificazione soggetta a verifica circa la sua veridicità e validità. Accertarsi attentamente del possesso dei requisiti.**

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso del seguente requisito di onorabilità previsto dall'art. 13 della L.R. 28/2005 (di seguito riportato).

L.r. 28/2005 art. 13:

- Non possono esercitare l'attività commerciale:
  - coloro che sono stati dichiarati falliti, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;
  - coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;
  - coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva non inferiore a tre anni per delitto non colposo;
  - coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione,

riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;

e) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e la sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, titolo VI, capo II del codice penale;

f) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione o nel commercio degli alimenti, previsti da leggi speciali;

g) coloro che sono sottoposti ad una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27 dicembre 1956, n. 1423 ( Misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza e per la pubblica moralità) da ultimo modificata dalla legge 26 marzo 2001, n. 128 o nei cui confronti è stata applicata una delle misure previste dalla legge 31 maggio 1965, n. 575 (Disposizioni contro la mafia) da ultimo modificata dalla legge 11 agosto 2003, n. 228 ovvero sono sottoposti a misure di sicurezza.

2. Non possono esercitare l'attività di somministrazione di alimenti e bevande coloro che si trovano nelle condizioni di cui al comma 1 o hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro la moralità pubblica e il buon costume, per delitti commessi in stato di ubriachezza o in stato di intossicazione da stupefacenti, per reati concernenti la prevenzione dell'alcolismo, le sostanze stupefacenti o psicotrope, il gioco d'azzardo, le scommesse clandestine, per infrazioni alle norme sui giochi.....

4. Il divieto di esercizio dell'attività, ai sensi del comma 1, lettere c), d), e), f), nonché dei commi 2 e 3 del presente articolo permane per la durata di tre anni a decorrere dal giorno in cui la pena è stata scontata. Qualora la pena si sia estinta in altro modo, il termine di tre anni decorre dal giorno del passaggio in giudicato della sentenza.

5. Qualora sia stata concessa la sospensione condizionale della pena, non si applica il divieto di esercizio dell'attività.

6. In caso di società, associazioni o organismi collettivi, i requisiti di cui ai commi 1, 2 e 3 devono essere posseduti dal legale rappresentante, da altra persona preposta all'attività commerciale e da tutti i soggetti individuati dall'articolo 2, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 3 giugno 1998, n. 252 (Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti relativi al rilascio delle comunicazioni e delle informazioni antimafia).

In caso di ditta individuale il sottoscritto dichiara di essere in possesso dei citati requisiti.

In caso di società o organismi collettivi il sottoscritto dichiara che il legale rappresentante, la persona preposta all'attività commerciale e tutti i soggetti individuati dall'articolo 2, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 3 giugno 1998, n. 252 sono in possesso dei citati requisiti.

Dpr 252/1998 art. 2 comma 3. I requisiti sono richiesti:

a) alle società;

b) per le società di capitali anche consortili ai sensi dell'articolo 2615-ter del codice civile, per le società cooperative, di consorzi cooperativi, per i consorzi di cui al libro V, titolo X, capo II, sezione II, del codice civile, al legale rappresentante e agli eventuali altri componenti l'organo di amministrazione, nonché a ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10 per cento, ed ai soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione;

c) per i consorzi di cui all'articolo 2602 del codice civile, a chi ne ha la rappresentanza e agli imprenditori o società consorziate;

d) per le società in nome collettivo, a tutti i soci;

e) per le società in accomandita semplice, ai soci accomandatari;

f) per le società di cui all'articolo 2506 del codice civile, a coloro che le rappresentano stabilmente nel territorio dello Stato

In questo caso ognuno dei soggetti sopra indicati dovrà compilare l'allegato quadro di autocertificazione (Allegato A – quadro di autocertificazione dei requisiti soggettivi).

## Somministrazione – affidamento di reparto

Modello: COM013\_09\_TOS\_R01.doc

Revisione n. 01 del 03/09/2005

Pagina 7 su un totale di 12

### 7.3 Requisiti soggettivi professionali (di colui che gestirà il reparto)

Il sottoscritto dichiara che il requisito professionale previsto dall'art. 14 della L.R. 28/2005:

è posseduto dal sottoscritto

è posseduto da un preposto

**Indicare i dati relativi all'eventuale preposto in possesso dei requisiti:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

#### Il preposto (firma per accettazione)

**Allegare fotocopia non autenticata di un documento di identità (in corso di validità), altrimenti la firma va fatta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica**

In particolare si è in possesso del seguente requisito:

**L'indicazione del requisito costituisce autocertificazione soggetta a verifica circa la sua veridicità e validità. Accertarsi attentamente del possesso dei requisiti.**

**Requisito n. 1** (avere frequentato con esito positivo un corso di formazione professionale relativo alla somministrazione di alimenti e bevande, come disciplinato dalla vigente normativa delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano)  
Attestato rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito

**Requisito n. 2** (avere esercitato in proprio, per almeno due anni nell'ultimo quinquennio, l'attività di somministrazione di alimenti e bevande o avere prestato la propria opera, per almeno due anni nell'ultimo quinquennio, presso imprese esercenti l'attività nel settore della somministrazione di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato addetto alla somministrazione o all'amministrazione o in qualità di socio lavoratore di cooperativa o, se trattasi di coniuge, parente o affine, entro il terzo grado dell'imprenditore, in qualità di coadiutore familiare, comprovata dall'iscrizione all'INPS)  
**Descrivere l'attività svolta:**  
Attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito

**Requisito n. 3** (essere stato iscritto al REC di cui alla l. 426/1971, per attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande o alla sezione speciale del medesimo registro per la gestione di impresa turistica, salvo cancellazione dal medesimo registro, volontaria o per perdita dei requisiti)  
Iscrizione presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito

### 7.4 Requisiti oggettivi (del reparto)

Il sottoscritto dichiara che l'immobile indicato possiede i requisiti richiesti dalla vigente normativa ed in particolare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Somministrazione – affidamento di reparto

Modello: COM013\_09\_TOS\_R01.doc

Revisione n. 01 del 03/09/2005

Pagina 8 su un totale di 12

Metri quadrati complessivi del reparto: mq \_\_\_\_\_

Il reparto non ha un accesso autonomo ed ha i seguenti collegamenti strutturali con l'esercizio principale: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Superficie di somministrazione del reparto:

Area interna accessibile al pubblico	mq _____
Area esterna accessibile al pubblico	mq _____
Servizi igienici	mq _____
Area non accessibile al pubblico	mq _____
Altro: _____	mq _____

Totale della superficie di somministrazione: mq \_\_\_\_\_

*Per superficie di somministrazione si intende la superficie appositamente attrezzata per essere utilizzata per la somministrazione. Rientra in essa l'area occupata da banchi, scaffalature, tavoli, sedie, panche e simili, nonché lo spazio funzionale esistente tra dette strutture. Non vi rientra l'area occupata da magazzini, depositi, locali di lavorazione, cucine, uffici e servizi;*

**La firma a questo punto del modello vale quale autocertificazione da parte del subentrante nel reparto circa il possesso dei requisiti sopra descritti.**

### Il subentrante nel reparto

**Allegare fotocopia non autenticata di un documento di identità (in corso di validità), altrimenti la firma va fatta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica**

I sottoscritti dichiarano:

- che i locali di esercizio dell'attività rispettano le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, di edilizia, di urbanistica, di sicurezza e di destinazione d'uso dei locali

- che la disponibilità dei locali è avvenuta per:

<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> affitto	<input type="checkbox"/> comodato
<input type="checkbox"/> fusione	<input type="checkbox"/> conferimento d'azienda	<input type="checkbox"/> scadenza affitto d'azienda
<input type="checkbox"/> scissione d'azienda	<input type="checkbox"/> scioglimento e conferimento	<input type="checkbox"/> per causa morte (eredità)
<input type="checkbox"/> altro _____		

- che la disponibilità dell'azienda è avvenuta per:

<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> affitto	<input type="checkbox"/> comodato
<input type="checkbox"/> fusione	<input type="checkbox"/> conferimento d'azienda	<input type="checkbox"/> scadenza affitto d'azienda
<input type="checkbox"/> scissione d'azienda	<input type="checkbox"/> scioglimento e conferimento	<input type="checkbox"/> per causa morte (eredità)
<input type="checkbox"/> altro _____		

### 7.5 Cittadini stranieri

Se cittadino straniero il sottoscritto dichiara di avere cittadinanza: \_\_\_\_\_ e

a) di essere in possesso di permesso di soggiorno n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_  
rilasciato per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

b) di essere in possesso di carta di soggiorno n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_  
rilasciata per i seguenti motivi \_\_\_\_\_



## **8. Allegati**

**In questa sezione vengono indicati gli allegati da presentare relativamente al presente modello. Se il campo è barrato [X] l'allegato è obbligatorio, altrimenti [ ] significa che l'allegato potrebbe non essere dovuto (in questo caso consultare l'ente competente per maggiori informazioni)**

1. [X] fotocopia non autenticata di un documento di identità di chi sottoscrive il modello
2. [ ] Allegato A – quadro di autocertificazione dei requisiti soggettivi
3. [ ] \_\_\_\_\_

## **9. Firme**

**L'interessato deve firmare il presente modello. Il precedente titolare sottoscrive il modello quale comunicazione di cessazione dell'attività (in alternativa può presentare specifica comunicazione con il modello VAR001\_16)**

**Il titolare dell'attività** (colui che cede il reparto)

**Il subentrante nel reparto**

\_\_\_\_\_  
**Allegare fotocopia non autenticata di un documento di identità (in corso di validità), altrimenti la firma va fatta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica**

\_\_\_\_\_  
**Allegare fotocopia non autenticata di un documento di identità (in corso di validità), altrimenti la firma va fatta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica**

**Allegato A – quadro di autocertificazione dei requisiti soggettivi****Il sottoscritto**

**Dati anagrafici del soggetto che fa parte della società o dell'organismo collettivo soggetto al possesso dei requisiti soggettivi morali.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

Se cittadino straniero il sottoscritto dichiara di avere cittadinanza: \_\_\_\_\_ e

a) di essere in possesso di permesso di soggiorno n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_  
rilasciato per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

b) di essere in possesso di carta di soggiorno n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_  
rilasciato per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ [ ] *posta elettronica certificata*

**DICHIARA**

Di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 13 della L.R. 28/2005:

- a) coloro che sono stati dichiarati falliti, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;
- b) coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;
- c) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva non inferiore a tre anni per delitto non colposo;
- d) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, titolo VIII, capo II del codice penale, ovvero per ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, rapina, delitti contro la persona commessi con violenza, estorsione;
- e) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e la sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, titolo VI, capo II del codice penale;
- f) coloro che hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione o nel commercio degli alimenti, previsti da leggi speciali;
- g) coloro che sono sottoposti ad una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (Misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza e per la pubblica moralità) da ultimo modificata dalla legge 26 marzo 2001, n. 128 o nei cui confronti è stata applicata una delle misure previste dalla legge 31 maggio 1965, n. 575 (Disposizioni contro la mafia) da ultimo modificata dalla legge 11 agosto 2003, n. 228 ovvero sono sottoposti a misure di sicurezza.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**L'interessato**

**Allegare fotocopia non autenticata di un documento di identità (in corso di validità), altrimenti la firma va fatta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica**

**ISTRUZIONI - Approfondimenti**

**In questa sezione abbiamo inserito un DECALOGO di domande più frequenti e relative risposte. Vi sono alcuni approfondimenti (riferimenti normativi, precisazioni sulla documentazione da presentare ecc...) utili sia per gli utenti che per gli operatori dell'Ente che riceverà la documentazione. Il decalogo ha una finalità orientativa. Consultare sempre l'ufficio competente per maggiori dettagli.**

<b>1</b>	<b>E' obbligatoria la presentazione di questo modello?</b>	NO, la legge regionale prevede che qualora non sia comunicato l'affidamento di reparto la responsabilità (in particolare quella amministrativa) è del titolare dell'autorizzazione..
<b>2</b>	<b>Occorre presentare contestualmente anche altre procedure?</b>	In generale no, in quanto si subentra nello stato di fatto e di diritto del precedente titolare relativamente allo specifico reparto. Se il precedente titolare non era in regola per qualche aspetto occorrerà attivare le necessarie procedure. Se si decide di variare l'attività o i locali del reparto si presenteranno successivamente i relativi procedimenti.
<b>3</b>	<b>Si può iniziare a somministrare senza preparare alimenti e bevande?</b>	Se non vi è preparazione di alimenti e bevande l'attività di somministrazione potrà essere avviata sulla base della presente comunicazione purchè sussistano tutti i requisiti igienico-sanitari (di regola previsti dal regolamento comunale in materia)
<b>4</b>	<b>E' sufficiente questa comunicazione per subentrare nel reparto?</b>	Per gli adempimenti amministrativi sì, mentre gli adempimenti previsti per l'iscrizione in Camera di Commercio dovranno essere attivati dall'interessato autonomamente.
<b>5</b>	<b>Che responsabilità ha chi firma la comunicazione e poi emerge che non ha i requisiti?</b>	La comunicazione contiene "autocertificazioni" che consentono di accelerare l'iter ma che in caso di falsità dimostrata (non quindi in caso di errore) fanno conseguire seri procedimenti penali a carico del dichiarante. E' bene essere certi prima di firmare. Per essere sicuri contattate i vostri professionisti e se del caso chiedete un parere preventivo o informazioni di dettaglio allo sportello.
<b>6</b>	<b>I dati richiesti sono tutti obbligatori</b>	NO, il modello contiene anche richieste di informazioni non obbligatorie. Nel modello sono segnalati tali campi.
<b>7</b>	<b>Occorre che la società sia costituita per presentare la comunicazione?</b>	Sì, occorre che la società sia costituita e, una volta effettuata la comunicazione ed avviata l'attività dovreste procedere agli adempimenti di registrazione e iscrizione in Camera di Commercio..
<b>8</b>	<b>Occorre avere un locale già idoneo?</b>	Sì, è requisito per l'esercizio dell'attività. In particolare occorre l'agibilità dei locali, il possesso dei requisiti igienico-sanitari (e se vi è preparazione la relativa autorizzazione o procedura equivalente come la Dia) e degli altri requisiti (impianti, sicurezza sul lavoro ecc...).
<b>9</b>	<b>Si può subentrare nel reparto e sospendere l'attività?</b>	Sì. E' possibile subentrare senza necessariamente avviare subito l'attività che dovrà essere ripresa entro 365 giorni dal primo giorno di sospensione
<b>10</b>	<b>Quali sono i riferimenti normativi per questo modello?</b>	Il principale riferimento è la l.r. 28/2005.

## Somministrazione – affidamento di reparto

Modello: COM013\_09\_TOS\_R01.doc

Revisione n. 01 del 03/09/2005

Pagina 12 su un totale di 12

Piegare il presente foglio e consegnarlo separatamente dalle restanti pagine

### Indagine di soddisfazione del cliente – questionario in forma anonima

In questa sezione vi chiediamo di inserire dei giudizi e dei commenti sul modello appena compilato e sulle funzionalità del sito internet dal quale lo avete scaricato. Le vostre osservazioni potranno essere utili per migliorare la modulistica, le banche dati ed il rapporto con la clientela. E' garantito l'anonimato.

Data di compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
*Indicare il comune cui si riferisce la pratica presentata*

**Barrare con una X il giudizio espresso**

Cod.	Giudizi sulla modulistica	Non concordo			Concordo in parte				Concordo		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	Questo modello è ben organizzato (parti, sezioni ecc...)										
B	Il modello è troppo lungo										
C	Non sono chiare le parti obbligatorie e quelle facoltative										
D	I caratteri sono troppo piccoli ed è difficile la scrittura										
E	E' stato difficile reperire il modello da internet										
F	E' utile la denominazione del modello con una sigla										
G	Giudizio complessivo del modello (6=sufficienza)										

**Barrare con una X il giudizio espresso**

Cod.	Giudizi sul sito internet del Coordinamento	Non concordo			Concordo in parte				Concordo		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
H	Il sito internet è ben organizzato nelle sue varie parti										
I	Il sito è dispersivo e contiene troppe informazioni										
L	Non è facile trovare la modulistica che si cerca										
M	Non è facile trovare le procedure che interessano										
N	Mancano gli indirizzi e i recapiti degli uffici che interessano										
O	L'aggiornamento non è quotidiano										
P	Giudizio complessivo del sito internet (6=sufficienza)										

Commenti sul modello: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commenti sul sito internet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AVVERTENZE PER L'UFFICIO CHE TRATTIENE I QUESTIONARI

Trattenere la presente pagina ed inserirla in un contenitore che garantisca all'interessato l'**anonimato**. Inviare le schede raccolte periodicamente al Coordinamento secondo le indicazioni fornite nel sito internet.

*Nota finale: La modulistica è stata ideata ed elaborata dal dott. Simone Chiarelli. Ne è vietato l'utilizzo in violazione delle norme sul diritto di autore.*