

bollo
€ 14.62

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER L'ESERCIZIO
DEL COMMERCIO SU AREA PUBBLICA IN FORMA ITINERANTE
(Imprese individuali)**

**Al Comune di Buccinasco
Ufficio Commercio
Via Roma 2
20090 Buccinasco (MI)**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita: Comune _____ (prov. _____)
Stato _____

(permesso di soggiorno n. _____ del _____ valido fino al _____)

Residenza: Comune _____ (prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ (1); Fax _____ (1) ;

E-mail _____ (1)

Codice Fiscale _____

in qualità di titolare della omonima impresa individuale

PARTITA IVA _____

con sede nel Comune di _____ prov. _____

Via/p.zza _____ n. _____ CAP _____

Iscritta al Registro Imprese della Camera di Commercio di _____

al n. _____ dal _____

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione per l'esercizio del commercio in forma ITINERANTE

dei generi appartenenti al settore ALIMENTARE NON ALIMENTARE

abilitazione alla SOMMINISTRAZIONE SI NO

Allo scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle responsabilità penali connesse alla produzione di dichiarazioni false, punite ai sensi dell'art. n. 495 del Codice Penale, dell'art. n. 26 della Legge n. 15/1968, dell'art. n. 11, comma 3, Decreto del Presidente della Repubblica n. 403/1998, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti morali di cui all'art. n. 5, commi 2 e 4 del Decreto Legislativo n. 114/1998;
2. che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. n. 10 della Legge n. 575/1965.
3. di non essere titolare di altra autorizzazione per il commercio su area pubblica in forma itinerante;

Da compilarsi per la sola vendita di **GENERI ALIMENTARI**

4. di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:
- di essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio presso la CCIAA di _____ al numero _____ per le seguenti tabelle merceologiche _____
- di avere frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare: nome dell'Istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ conclusione _____
- di avere esercitato in proprio attività di vendita di prodotti alimentari tipo di attività _____ dal _____ al _____
- Iscrizione Registro Imprese n. _____ CCIAA di _____ REA n. _____
- di avere prestato la propria opera presso imprese esercenti attività di vendita di generi alimentari: impresa _____ sede _____
- _____ impresa _____ sede _____
- in qualità di dipendente iscritto all'INPS dal _____ al _____
- in qualità di collaboratore familiare iscritto all'INPS dal _____ al _____
- di essere iscritto nel Registro Esercenti il Commercio per la somministrazione di alimenti e bevande presso la CCIAA di _____ al n. _____

di essere soggetto portatore di handicap ai sensi della Legge n. 104/1992

INDICA quali **DELEGATI ALLA VENDITA**

I Sig.ri

Nome _____

Cognome _____

nato/a _____

(prov. _____) il _____

residente a _____

(prov. _____) via/p.zza _____

n. _____

in qualità di (*barrare quello che interessa*)

- Dipendente;
- Collaboratore familiare;
- Lavoratore interinale;
- Collaboratore coordinato e continuativo;
- Associato in partecipazione.

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ (prov. ____) il _____

residente a _____ (prov. ____) via/p.zza _____

_____ n. _____

in qualità di (*barrare quello che interessa*)

- Dipendente;
- Collaboratore familiare;
- Lavoratore interinale; regolarmente iscritto all'INPS dal
- Collaboratore coordinato e continuativo;
- Associato in partecipazione.

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ (prov. ____) il _____

residente a _____ (prov. ____) via/p.zza _____

_____ n. _____

in qualità di (*barrare quello che interessa*)

- Dipendente;
- Collaboratore familiare;
- Lavoratore interinale; regolarmente iscritto all'INPS dal
- Collaboratore coordinato e continuativo;
- Associato in partecipazione.

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ (prov. ____) il _____

residente a _____ (prov. ____) via/p.zza _____

_____ n. _____

in qualità di (*barrare quello che interessa*)

- Dipendente;
- Collaboratore familiare;
- Lavoratore interinale; regolarmente iscritto all'INPS dal
- Collaboratore coordinato e continuativo;
- Associato in partecipazione.

Si allegano n. _____ dichiarazioni dei delegati

_____ li _____

Firma (2)

(1) L'indicazione di telefono, fax ed e-mail è facoltativa.

Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto ovvero
[2] allegare fotocopia del documento di riconoscimento