

**COMUNE DI DELICETO**

(Provincia di Foggia)

**Sportello Unico per le Attività Produttive
(SUAP)****Servizio Polizia Municipale**Cod. Fisc. 80003310713
P. I.: 01089670713C.so R. Margherita n° 45 (c.a.p. 71026) Tel. 0881- 967423 - Fax: 0881-967426
P.E.C. suap@pec.comunedideliceto.gov.it**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ DI ESTETISTA**

(ai sensi della legge n. 174/2006 come modificata dal d.lgs. n.59/2010, della legge n. 40/2007, nonché dell'articolo 19 della legge n. 241/90 come modificato dalla legge n. 122/2010)

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Luogo di nascita	
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza	Codice Fiscale	
Residente in Comune		Via/ Piazza		Civico	CAP
Telefono		Fax	e-mail (PEC)		
La sezione seguente deve essere compilata solo se il dichiarante non è la persona fisica					
☐ Titolare:		☐ Legale rappresentante:		☐ Per conto di:	
Denominazione/ Ragione sociale			Codice fiscale/Partita IVA		
Sede legale Comune		Via/ Piazza		Civico	CAP
Iscritta alla CCIAA di				Al numero	
Telefono		Fax	e-mail (PEC)		
Autorizzazione n.			del		

La sede è identificata catastalmente dai seguenti dati:						
Sito in via/ piazza		Numero civico		Piano		
Ad uso ¹	Codice Comune catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subaltern o	Categoria
Di proprietà di						
E nella piena disponibilità del titolare dell'esercizio in:						
☐ Proprietà:		☐ Locazione:		☐ Comodato:		

¹ Residenza - Attività commerciali - Attività alberghiere - Attività terziarie - Attività industriali e artigianali - Attività agricole - Servizi e attrezzature pubbliche.

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ DI ESTETISTA☐ *Altro (specificare):*

Superficie complessiva (compresa quella adibita ad altri usi) mq	Superficie netta mq

Qualifica professionale di ESTETISTA prevista dalle normative per l'esercizio dell'attività posseduta da:

Cognome		Nome		Luogo di nascita	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Codice Fiscale		
Qualifica rilasciata da				Data	

Cognome		Nome		Luogo di nascita	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Codice Fiscale		
Qualifica rilasciata da				Data	

DIRETTORE TECNICO			
Cognome		Nome	Luogo di nascita
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Codice Fiscale
Qualifica rilasciata da			Data

☐ **Impresa Artigiana**

Iscritta all'Albo delle Imprese Artigiane di	Al numero

SEGNALA le seguenti fattispecie di attività:

- ☐ A – Nuova apertura di esercizio di estetista
- ☐ B – Subingresso per compravendita/affitto d'azienda
- ☐ C – Trasferimento di sede dell'attività di estetista
- ☐ D – Modifica ai locali e/o alle apparecchiature dell'attività di estetista

SEZIONE A – APERTURA DI ESERCIZIO**Alla presente allega:**

- ☐ planimetria, in scala 1:100, del locale/i accompagnata da relazione tecnica descrittiva delle caratteristiche dei locali medesimi, della loro localizzazione (piano terra, primo piano, ecc.) e attrezzatura utilizzata per il servizio (*la planimetria dovrà, in particolare, evidenziare il posizionamento delle attrezzature e degli arredi e l'indicazione dello schema di raccolta e smaltimento dei liquami*)
- ☐ se società: copia dell'atto costitutivo e dello statuto
- ☐ documentazione attestante il possesso dei requisiti professionali di cui alla legge 174/2006

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ DI ESTETISTA☐ elenco delle apparecchiature utilizzate**SEZIONE B – APERTURA PER COMPRAVENDITA / AFFITTO D’AZIENDA**☐ **SUBINGRESSO IN ATTIVITA’ ESISTENTE nell’attività di Agriturismo in precedenza intestata**☐ *All’impresa individuale*☐ *Alla società***Denominato****Di cui all’autorizzazione amministrativa Prot. n.****Data****Il sub ingresso avviene a seguito di**☐ *Compravendita dell’azienda*☐ *Fusione*☐ *Donazione*☐ *Affittanza d’azienda*☐ *Fallimento*☐ *Successione*☐ *Altre cause (specificare):***In virtù dell’atto pubblico del notaio (cognome e nome)****del Collegio Notarile di****Repertorio n.****Raccolta n.****Del****Registrato a****II****SEZIONE C – TRASFERIMENTO IN ALTRI LOCALI DELL’ESERCIZIO****A far data dal****La sede dell’esercizio viene trasferita****Da****Via/Piazza****Civico****CAP****A****Via/Piazza****Civico****CAP****Di proprietà di****E nella piena disponibilità del titolare dell’esercizio in:**☐ *Proprietà:*☐ *Locazione:*☐ *Comodato:*☐ *Altro (specificare):***Superficie complessiva (compresa quella adibita ad altri usi) mq****Superficie netta mq****Alla presente allega:**☐ planimetria, in scala 1:100, del locale/i accompagnata da relazione tecnica descrittiva delle caratteristiche dei locali medesimi, della loro localizzazione (piano terra, primo piano, ecc.) e attrezzatura utilizzata per il servizio (*la planimetria dovrà, in particolare, evidenziare il posizionamento delle attrezzature e degli arredi e l’indicazione dello schema di raccolta e smaltimento dei liquami*)☐ autorizzazione amministrativa originale

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ DI ESTETISTA

☐ documentazione attestante il possesso dei requisiti professionali di cui alla legge 174/2006

SEZIONE D – MODIFICA AI LOCALI E/O ALLE APPARECCHIATURE

A far data dal

In caso di ampliamento temporaneo o stagionale

dal

al

La sede dell'esercizio viene:

☐ AMPLIATA

☐ RIDOTTA

(da compilare solo in caso di ampliamento di superficie) mediante acquisizione di:

☐ locale attiguo identificato dal numero civico _____

☐ locale intercomunicante identificato dal medesimo n. civico

☐ area esterna

Di proprietà di

E nella piena disponibilità del titolare dell'esercizio in:

☐ Proprietà:

☐ Locazione:

☐ Comodato:

☐ Altro (specificare):

Superficie complessiva (compresa quella adibita ad altri usi) mq

Superficie netta mq

Alla presente allega:

☐ planimetria, in scala 1:100, del locale/i accompagnata da relazione tecnica descrittiva delle caratteristiche dei locali medesimi, della loro localizzazione (piano terra, primo piano, ecc.) e attrezzatura utilizzata per il servizio (*la planimetria dovrà, in particolare, evidenziare il posizionamento delle attrezzature e degli arredi e l'indicazione dello schema di raccolta e smaltimento dei liquami*)

☐ autorizzazione amministrativa originale

☐ elenco delle apparecchiature utilizzate (prima e dopo)

Luogo	Data	Il dichiarante ²

² Allegare copia leggibile del documento d'identità del dichiarante in corso di validità e permesso di soggiorno se straniero.

QUADRO AUTOCERTIFICAZIONI

Il/la sottoscritto/a, anche ai fini e per gli effetti della normativa igienico-sanitaria, AUTOCERTIFICA inoltre:

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalla legge di settore;
- 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);
- che il/i locale/i di Via/P.za..... n. ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'insediamento di un esercizio di ESTETISTA e che gli stessi rispettano le norme e le prescrizioni edilizie, urbanistiche, igienico-sanitarie, di sicurezza, di destinazione d'uso e di inquinamento acustico, di cui alla agibilità n°.... del;
- che le attrezzature e le suppellettili destinate allo svolgimento dell'attività di estetista rispettano le norme e le prescrizioni igienico-sanitarie;
- di avere la disponibilità del/i suddetto/i locale/i, così come dimostrato da atto di del;
- che nell'esercizio: verrà svolta esclusivamente attività di estetista viene o verrà svolta anche attività di estetista;
- che i locali dove sede dell'attività sono adibiti in modo esclusivo all'esercizio della stessa;
- che nei locali dove verrà svolta l'attività vi è anche il domicilio del/la sottoscritto/a da cui comunque l'attività è o sarà distinta e separata e per i quali il/la sottoscritto/a si impegna ad autorizzare i debiti controlli dell'autorità competente;
- che i locali dove verranno svolte le attività si trovano presso una struttura del (*specificare*);
- che i locali dove verranno svolte le attività si trovano presso una struttura del (*specificare*);

Ai sensi dell'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a è consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro e delle sanzioni stabilite dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci.

DICHIARAZIONE DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI)

Luogo	Data	Il dichiarante³

³ Allegare copia leggibile del documento d'identità del dichiarante in corso di validità e permesso di soggiorno se straniero.

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ DI ESTETISTA

Il/la sottoscritto/a nato/a a (Prov.) Nazione..... il
cittadinanza..... residente in..... Via, Piazza, ecc. n.

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti morali di legge;
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). *Ai sensi dell'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a è consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro e delle sanzioni stabilite dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci.*

Luogo	Data	Il dichiarante⁴

Il/la sottoscritto/a nato/a a (Prov.) Nazione..... il
cittadinanza..... residente in..... Via, Piazza, ecc. n.

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti morali di legge;
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). *Ai sensi dell'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a è consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro e delle sanzioni stabilite dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci.*

Luogo	Data	Il dichiarante⁴

ALLEGATO A

⁴ Allegare copia leggibile del documento d'identità del dichiarante in corso di validità e permesso di soggiorno se straniero.

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ DI ESTETISTA

**ELENCO APPARECCHIATURE UTILIZZATE PER LE QUALI IL SOTTOSCRITTO
AUTOCERTIFICA IL RISPETTO DELLA NORMATIVA IGIENICO-SANITARIA**

(art. 5, comma 4, della l. 174/2004)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo	Data	Il dichiarante ⁴