

Al SUAP di _____
PEC _____

MOD. 10 SF
COMUNICAZIONE
RIDUZIONE/CESSAZIONE/SOSPENSIONE ATTIVITÀ
PER MEDIE E GRANDI STRUTTURE DI VENDITA
(art. 54 L.R. 22/2021, artt. 34 e 41 R.R. 4/2022)

TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ:

- Media struttura di vendita
- Grande struttura di vendita
- Struttura di vendita inserita in un centro commerciale/parco commerciale

RELATIVA A:

- Riduzione della superficie di vendita
- Cessazione dell'attività
- Sospensione temporanea dell'attività

INDIRIZZO DELL'ATTIVITÀ

Via/piazza _____ n. _____

Comune _____ prov. C.A.P.

Stato _____ Telefono fisso/cell. _____

PEC _____

DATI CATASTALI

Foglio n. _____ map. _____ (se presenti) sub. _____ sez. _____

Catasto:

- fabbricati
- planimetria (allegato)

RIDUZIONE DELLA SUPERFICIE DI VENDITA

Il/la sottoscritto/a **COMUNICA** che:

per l'esercizio commerciale già avviato con il titolo abilitativo prot./n. _____
del _____

- la superficie di vendita sarà ridotta da mq _____ a mq _____
- i settori di vendita e/o tabelle speciali varieranno per:
 - eliminazione di settori e/o prodotti appartenenti alle tabelle speciali
 - sostituzione di settore e/o di prodotti appartenenti alle tabelle speciali preesistenti

con la conseguente distribuzione della superficie di vendita:

- alimentare - superficie di vendita da mq _____ a mq _____
- non alimentare - superficie di vendita da mq _____ a mq _____

Superficie di vendita complessiva - mq _____ :
(la superficie da indicare deve essere uguale alla somma delle superfici sopra riportate)

Di cui:

Vendita di merci ingombranti (settore non alimentare) - superficie di vendita mq: _____

Vendita di prodotti appartenenti alle seguenti tabelle speciali:

- generi di monopolio - superficie di vendita mq _____
- farmacie - superficie di vendita mq _____
- carburanti - superficie di vendita da mq _____

Data _____

Firma _____

CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

PEC _____

COMUNICA

che l'attività di cui al titolo abilitativo prot./n. _____ del / /

presso lo stabilimento con sede in _____

prov. località _____ C.A.P. Stato _____

indirizzo _____ n. _____

CESSERÀ in data / / .

Data _____

Firma _____

SOSPENSIONE TEMPORANEA DELL'ATTIVITÀ

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

PEC _____

COMUNICA

che l'attività di cui al titolo abilitativo prot./n. _____ del / /

presso lo stabilimento con sede in _____

prov. località _____ C.A.P. Stato _____

indirizzo _____ n. _____

SARÀ SOSPESA TEMPORANEAMENTE dal / /

al / / .

Note: _____

Data: _____ Firma: _____

Quadro riepilogativo della documentazione allegata

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA COMUNICAZIONE:

| Allegato | Denominazione | Casi in cui è previsto |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Scheda anagrafica | Sempre |
| <input type="checkbox"/> | Procura/delega | Nel caso di procura/delega a presentare la comunicazione |
| <input type="checkbox"/> | Copia del documento di identità del/i titolare/i | Nel caso in cui la comunicazione non sia sottoscritta in forma digitale e in assenza di procura |
| <input type="checkbox"/> | Dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci o familiari (Allegato A) + copia del documento di identità | Sempre, in presenza di soggetti (es. soci) diversi dal dichiarante |
| <input type="checkbox"/> | Dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del preposto (Allegato B) + copia del documento di identità | Sempre, in presenza di un preposto |
| <input type="checkbox"/> | Planimetria che individui i locali e le aree di esercizio dell'attività di vendita | Sempre |
| <input type="checkbox"/> | Documentazione relativa alla vendita di alcolici | Nel caso di vendita di alcolici |
| <input type="checkbox"/> | Notifica sanitaria (art. 6, Reg.CE n. 852/2004) | Sempre obbligatoria in caso di esercizio alimentare |
| <input type="checkbox"/> | SCIA per la vendita di prodotti agricoli e zootecnici, mangimi, prodotti di origine minerale e chimico industriali destinati all'alimentazione animale | In caso di vendita di prodotti agricoli e zootecnici, mangimi, prodotti di origine minerale e chimico industriali destinati all'alimentazione animale |
| <input type="checkbox"/> | Documentazione per la richiesta dell'autorizzazione per la vendita di prodotti fitosanitari | In caso di vendita di prodotti fitosanitari |
| <input type="checkbox"/> | Documentazione per la richiesta dell'autorizzazione di Pubblica Sicurezza per la vendita di oggetti preziosi | In caso di vendita di oggetti preziosi |
| <input type="checkbox"/> | Documentazione per la richiesta dell'autorizzazione di Pubblica Sicurezza per la vendita di armi diverse da quelle da guerra | In caso di vendita di armi diverse da quelle da guerra |

| Allegato | Denominazione | Casi in cui è previsto |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | SCIA prevenzione incendi | In caso di esercizio con superficie totale lorda, comprensiva di servizi e depositi (es. magazzini), superiore a 400 mq, o comunque se l'attività ricade in uno qualsiasi dei punti dell'Allegato I al D.P.R. n. 151/2011, ovvero In caso di vendita di gas liquefatti (GPL) in recipienti mobili con quantitativi superiori o uguali a 75 kg, ovvero In caso di vendita di gas infiammabili in recipienti mobili compressi con capacità geometrica complessiva superiore o uguale a 0,75 mc. |
| <input type="checkbox"/> | Comunicazione per la vendita di farmaci da banco e medicinali veterinari | In caso di vendita di farmaci da banco o medicinali veterinari |
| <input type="checkbox"/> | Comunicazione per la vendita di gas petrolio liquefatto (GPL) per combustione | In caso di vendita di gas di petrolio liquefatto (GPL) per combustione |
| <input type="checkbox"/> | Comunicazione, che vale quale denuncia per la vendita di gas infiammabili in recipienti mobili compressi (D.Lgs. n. 504/1995) | In caso di vendita di gas infiammabili in recipienti mobili compressi |
| <input type="checkbox"/> | Documentazione relativa all'insegna di esercizio | In caso di attività che preveda insegna esterna (dove è prevista la documentazione) |
| <input type="checkbox"/> | Documentazione per la richiesta dell'autorizzazione per la vendita ON LINE di farmaci da banco | In caso di vendita on line di farmaci da banco accessoria alla vendita diretta |
| <input type="checkbox"/> | Attestazione del versamento di oneri, di diritti, ecc. | Nella misura e con le modalità indicate sul sito dell'amministrazione |
| <input type="checkbox"/> | Attestazione del versamento dell'imposta di bollo: estremi del codice identificativo della marca da bollo, che deve essere annullata e conservata dall'interessato ovvero Assolvimento dell'imposta di bollo con le altre modalità previste, anche in modalità virtuale o tramite @e.bollo | Obbligatoria per la presentazione di una domanda |

DICHIARAZIONE SUL POSSESSO DEI REQUISITI DA PARTE DEGLI ALTRI SOCI O FAMILIARI

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ sesso M F

Data di nascita: / / Cittadinanza _____

Luogo di nascita: Stato _____ prov. Comune _____

Residenza: prov. Comune _____ C.A.P.

Via/Piazza/etc. _____ n. _____

in qualità di SOCIO/A della Società _____

in qualità di FAMILIARE _____

consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (art. 76 del DPR 445 del 2000 e Codice Penale), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dalla legge;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (art. 67 del D.Lgs. 06/09/2011, n. 159, “Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia”);

- ai sensi dell'art.85, comma 3 del D.Lgs. 159/2011, di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

1) Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F.: _____

2) Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F.: _____

3) Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F.: _____

4) Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F.: _____

5) Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F.: _____

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (art 75 del DPR 445/2000).

Data _____ Firma _____