



CITTÀ DI ALESSANDRIA

**SETTORE SVILUPPO ECONOMICO, MARKETING TERRITORIALE, SANITÀ, AMBIENTE, MOBILITA', PROTEZIONE CIVILE,  
COMMERCIO E TURISMO**

Ufficio Commercio Aree Pubbliche

Piazza della Libertà n. 1 - 15121 Alessandria

Tel: 0131/515407, 577 ; fax: 0131/515803 - pec: [comunedialessandria@legalmail.it](mailto:comunedialessandria@legalmail.it);

All'Ufficio Commercio Aree Pubbliche della Città di ALESSANDRIA

Ai sensi del D. L.gs. 114/98 (art. 28 ), D.G.R 2 APRILE 2001 n. 32-2642 - Titolo IV – Capo VII, D. L.gs. 59/10 (art. 70-71)

OGGETTO: Comunicazione di **AGGIUNTA SETTORE MERCEOLOGICO** nell'attività di vendita al dettaglio su area pubblica in forma **ITINERANTE TIPO B**

**Il/la Sottoscritto/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| |  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ sesso M |  | F |   
residente in: Comune \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**In qualità di:** (barrare il caso che interessa)

**titolare dell'omonima impresa individuale**

Partita I.V.A. (se già iscritto) | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| |  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
via, piazza, ecc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
n. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) \_\_\_\_\_  
CCIAA di \_\_\_\_\_

**legale rappresentante della società**

C.F. | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| |  
Partita I.V.A. (se già iscritto) | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| |  
denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
via, piazza, ecc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
n. di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) \_\_\_\_\_  
CCIAA di \_\_\_\_\_

titolare dell'Autorizzazione Amministrativa del Comune di Alessandria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

per l'esercizio del commercio su area pubblica in forma itinerante **TIPO B -**

- del settore merceologico:  ALIMENTARE  
 ALIMENTARE CON SOMMINISTRAZIONE  
 NON ALIMENTARE

## COMUNICA

- l'aggiunta del seguente settore merceologico:  ALIMENTARE  
 ALIMENTARE CON SOMMINISTRAZIONE  
 NON ALIMENTARE

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. 489 C.P. :

## DICHIARA

- 1) di non trovarsi nelle condizioni e/o cause ostative di cui all'art.71 del D.L.vo 59/2010 e s.m.i.  
2) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159;

### (solo per il settore alimentare):

- 3) di essere in possesso di **uno dei** seguenti requisiti professionali:
- a)  aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalla regione/provincia autonoma \_\_\_\_\_  
presso l'istituto \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
oggetto del corso \_\_\_\_\_  
anno di conclusione \_\_\_\_\_;
- b)  di aver prestato la propria opera per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande: nome impresa \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )
- b1)  quale dipendente qualificato addetto alla vendita o all'amministrazione, regolarmente iscritto all'INPS periodo \_\_\_\_\_
- b2)  quale socio collaboratore, regolarmente iscritto all'INPS, nel periodo \_\_\_\_\_
- b3)  quale collaboratore familiare ( coniuge  parente o affine, entro il terzo grado), regolarmente iscritto all'INPS, periodo \_\_\_\_\_
- c)  di essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di laurea anche triennale o di altra scuola ad indirizzo professionale, almeno triennale, e che nel corso di studi erano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti, titolo di studio \_\_\_\_\_
- d)  aver esercitato in proprio l'attività di vendita di prodotti alimentari o di somministrazione di alimenti e bevande: tipo di attività \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. di iscrizione al Registro Imprese \_\_\_\_\_  
CCIAA di \_\_\_\_\_ n. R. E. A \_\_\_\_\_
- e)  di essere stato iscritto al R.E.C., previsto dalla L. n.426/1971 per uno o più gruppi merceologici di cui all'art.12/2c. lettere a), b) e c) del D.M n. 375/1988 ovvero 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

## OPPURE

che i requisiti professionali, di cui all'art. 71 del D. Lgs. 59/2010, sono posseduti dal/la preposto/a all'attività commerciale signor/ra \_\_\_\_\_

che ha compilato il modello **AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI PROFESSIONALI** da allegare alla presente comunicazione.

**Allega alla presente:**

- 1) copia del documento di identità in corso di validità del soggetto interessato, qualora il richiedente non sia in possesso di firma digitale;
- 2) per i/le cittadini/e extracomunitari/e copia del permesso di soggiorno in corso di validità o documento equivalente;
- 3) SOLO IN CASO DI VENDITA DI PRODOTTI ALIMENTARI e/o SOMMINISTRAZIONE: notifica inizio attività sanitaria/variazione ai sensi art. 6 Regolamento CE 852/2004 con relativa relazione tecnica descrittiva delle attrezzature utilizzate per la vendita, del luogo di ricovero e delle modalità di conservazione della merce e copia della ricevuta di versamento per i diritti sanitari. La modulistica è reperibile sul sito della Città di Alessandria nella sezione: SUAP – Attività – Pratiche sanitarie esercizi alimentari.
- 4) SOLO IN CASO DI VENDITA DI PRODOTTI ALIMENTARI e/o SOMMINISTRAZIONE e solo in presenza di preposto: modello AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI PROFESSIONALI compilato dallo stesso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Avvertenza: i posteggi delle aree mercatali sono sottoposti al vincolo di settore merceologico, pertanto la presente comunicazione (destinata alle sole Autorizzazioni di tipo B itinerante) non autorizza il cambio del settore merceologico del posteggio in concessione.**