

**Amministrazione destinataria**

Città di Clusone

Ufficio destinatario**SCIA UNICA:**
 SCIA esercizi di somministrazione TEMPORANEA + SCIA sanitaria

Segnalazione certificata di inizio attività per esercizi di somministrazione temporanea di alimenti e bevande

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
-----------------	-------	------------------	--------------

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
--------------------	----------------	-----------------------------	-------------------------------

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia
-------------------------------	-----------

Sede legale

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
-----------	--------	-----------	--------	---------	---------	-------	-------	-----	-----

Codice Fiscale	Partita IVA
----------------	-------------

Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
----------	-----------------------------	-------------------------------

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia	Numero Iscrizione
--	-----------	-------------------

SEGNALA

l'avvio dell'esercizio temporaneo di somministrazione di alimenti e bevande durante lo svolgimento della manifestazione

Denominazione manifestazione
Tipologia
<input type="radio"/> sagra
<input type="radio"/> fiera
<input type="radio"/> manifestazione religiosa, tradizionale e/o culturale
<input type="radio"/> evento locale straordinario

collocata in

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
							<input type="checkbox"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

caratteristiche della somministrazione**Modalità**

- all'aperto su area privata
- all'aperto su area pubblica
- all'interno di edificio su area privata
- all'interno di edificio su area pubblica

Periodo di svolgimento (non superiore a quello di svolgimento della manifestazione)

dal giorno		al giorno	
------------	--	-----------	--

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 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 (articolo 67 del Decreto Legislativo 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* ")
- di aver rispettato, relativamente ai locali di esercizio, le norme igienico-sanitarie e di sicurezza nei luoghi di lavoro
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato

- SCIA UNICA (SCIA + altre segnalazioni, comunicazioni e notifiche):
Il/la sottoscritto/a presenta le segnalazioni e/o comunicazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.

Nota bene: Per le attività da svolgere su suolo pubblico, è necessario avere la relativa concessione

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 (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- notifica sanitaria (articolo 6 del Regolamento di esecuzione dell'Unione europea 29/04/2004, n. 852)
- altri allegati (specificare)

Clusone

Luogo

Data

il dichiarante