

1. Dati generali dell'intervento

1.1 Titolare dell'esercizio

1.2 Indirizzo dell'esercizio

1.3 Descrizione intervento

2. Requisiti professionali

IL SOTTOSCRITTO/LA SOTTOSCRITTA

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Luogo nascita

Comune:

Provincia:

Città estera:

Stato:

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000, della decadenza dei benefici sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 71 del D.P.R. n°445/2000 sul consenso prestato dal dichiarante con la presente, al controllo della corrispondenza al vero di quanto dichiarato

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti professionali di cui all'art. 7 della L.R. 29/05, ovvero:

FREQUENZA CORSO PROFESSIONALE: di aver frequentato con esito positivo un corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle regioni o dalle province autonome di Trento e di Bolzano conclusosi positivamente

nome dell'Istituto:

sede

Descrizione corso:

Data di conclusione ed esito esame:

PRATICA COMMERCIALE: avere, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, esercitato in proprio attività d'impresa nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande, come risulta dalla sottoindicata iscrizione al Registro Imprese

nome impresa:

sede impresa:

<input type="checkbox"/>	PRATICA COMMERCIALE: di avere 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, come documentato dall'allegata "scheda anagrafico-professionale" in qualità di	
	<input type="checkbox"/> dipendente qualificato addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione degli alimenti	Indicare qualifica:
	<input type="checkbox"/> socio lavoratore o altre posizioni equivalenti (indicare posizione equivalente):	
	<input type="checkbox"/> coadiutore familiare, qualifica comprovata dall'iscrizione all'Istituto nazionale per la previdenza sociale (se trattasi di coniuge, parente o affine, entro il terzo grado, dell'imprenditore)	
	nome impresa:	
	sede impresa:	
	Indicare periodo di esperienza: dal _____ al _____	
Allegare "scheda anagrafico-professionale"		
<input type="checkbox"/>	TITOLO DI STUDIO: 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, purché nel corso di studi siano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione degli alimenti	
	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola secondaria superiore	
	<input type="checkbox"/> Diploma di laurea	
	<input type="checkbox"/> Diploma di scuola ad indirizzo professionale	
	nome dell'Istituto: sede:	
	Descrizione corso di studi:	
	Data di conclusione: _____ ed esito esame _____	
<input type="checkbox"/>	ISCRIZIONE AL R.E.C.	
	<input type="checkbox"/> commercio Tabella <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII	
	<input type="checkbox"/> somministrazione di alimenti e bevande	
	numero iscrizione Registro esercenti commercio:	CCIAA di:
	<input type="checkbox"/> Titolare	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante
<input type="checkbox"/> coincide con il titolare o con il legale rappresentante, che garantisce personalmente la presenza nell'esercizio		
<input type="checkbox"/> è un soggetto terzo, che ha accettato la designazione quale preposto, impegnandosi a garantire la propria presenza nell'esercizio		

3. Accettazione dell'incarico

<input type="checkbox"/> Il sottoscritto/la sottoscritta dichiara di avere accettato l'incarico di preposto da parte del titolare dell'esercizio indicato nel precedente quadro 1, impegnandosi a comunicare tempestivamente all'amministrazione l'eventuale successiva rinuncia a detto incarico
<input type="checkbox"/> Il sottoscritto/la sottoscritta dichiara di avere accettato l'incarico di rappresentante T.U.L.P.S. da parte del titolare dell'esercizio indicato nel precedente quadro 1, impegnandosi a comunicare tempestivamente all'amministrazione l'eventuale successiva rinuncia a

detto incarico

4. Opzioni di firma

In caso sia stata conferita procura speciale, il presente documento è sottoscritto con **firma autografa** dal soggetto delegante e conservato in originale dal procuratore, il quale provvederà a firmare digitalmente il modulo inviato al SUAP

(Firma autografa in questo spazio)

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FACCHINETTI CINZIA

CODICE FISCALE: FCCCNZ61T68E125L

DATA FIRMA: 08/02/2021 12:25:13

IMPRONTA: 9726D6A1355A9AFA63E5F51BFA32840C91519943E9D31AB5D37C63D71E72CCF0
91519943E9D31AB5D37C63D71E72CCF0773A6B55E9DA41C8BCE8FAEA8B2C8EA8
773A6B55E9DA41C8BCE8FAEA8B2C8EA8B6D370C6891556BBD480BB9B8422331B
B6D370C6891556BBD480BB9B8422331B7CEDE6E7E70E46D09633BDB5364681C0