

Al SUAP di \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**MOD. 11 SF**  
**COMUNICAZIONE PER L'ESERCIZIO DI VICINATO**

L.R.22/2021 art.23 e art.34 comma 2

**RELATIVA A**

- Apertura dell'attività
- Trasferimento di sede
- Modifica di settore
- Ampliamento/riduzione
- Cessazione o sospensione temporanea dell'attività

**INDIRIZZO DELL'ATTIVITÀ**

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ prov.   C.A.P.

Stato \_\_\_\_\_ Telefono fisso/cell. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

condivisione di sede \_\_\_\_\_

**DATI CATASTALI**

Foglio n. \_\_\_\_\_ map. \_\_\_\_\_ (se presenti) sub. \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Catasto:

- fabbricati
- planimetria (allegato)

## 1. APERTURA

Il/la sottoscritto/a **COMUNICA** l'avvio dell'esercizio commerciale di:

- Vicinato
- Vendita esclusivamente mediante apparecchi automatici
- Outlet

### Modalità di vendita:

- vendita al dettaglio - superficie di vendita mq \_\_\_\_\_
- vendita congiunta al dettaglio e all'ingrosso - superficie di vendita mq \_\_\_\_\_

### Esercizio a carattere:

- permanente
- stagionale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (gg/mm)

### Esercizio collocato in centro commerciale/parco commerciale:

- sì (denominazione: \_\_\_\_\_)
- no

### Settori merceologici e superfici di vendita:

- alimentare - superficie di vendita mq \_\_\_\_\_
- non alimentare - superficie di vendita mq \_\_\_\_\_

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

Di cui:

Vendita di prodotti appartenenti alle seguenti tabelle speciali:

- generi di monopolio - superficie di vendita mq \_\_\_\_\_
- farmacie - superficie di vendita mq \_\_\_\_\_
- carburanti - superficie di vendita mq \_\_\_\_\_

## 2. TRASFERIMENTO DI SEDE

Il/la sottoscritto/a **COMUNICA** che l'esercizio commerciale:

già avviato con il titolo abilitativo prot./n. \_\_\_\_\_ del  /  /

presentata al Comune di \_\_\_\_\_ sarà trasferito

**DA**

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Esercizio collocato in centro commerciale/parco commerciale:**

sì (denominazione: \_\_\_\_\_)

no

**A**

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. fisso/Cell. \_\_\_\_\_

**Esercizio collocato in centro commerciale/parco commerciale:**

sì (denominazione: \_\_\_\_\_)

no

### 3. MODIFICA DI SETTORE

#### 3.1 DATI RELATIVI ALLA NUOVA TIPOLOGIA DI SETTORE

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**COMUNICA** la variazione di settore di cui al titolo abilitativo prot./n. \_\_\_\_\_

del   /   /     in  Alimentare  Non alimentare  Misto

#### 3.2 DECORRENZA DELLE MODIFICHE

Avvio contestuale alla data di modifica

Avvio con decorrenza dal   /   /

#### 4. AMPLIAMENTO/RIDUZIONE

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

per l'esercizio commerciale già avviato con il titolo abilitativo prot./n. \_\_\_\_\_

del /  /  interverranno se seguenti variazioni:

la superficie di vendita sarà:

ampliata - da mq \_\_\_\_\_ a mq \_\_\_\_\_

ridotta - da mq \_\_\_\_\_ a mq \_\_\_\_\_

i settori di vendita e/o tabelle speciali varieranno per:

aggiunta di settori e/o di prodotti appartenenti alle tabelle speciali

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 \_\_\_\_\_

## 5. CESSAZIONE O 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. \_\_\_\_\_

**cesserà** in data   /   /

**sarà sospesa temporaneamente** dal   /   /

al   /   /

**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 del 2000).

Note: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI SUL POSSESSO DEI REQUISITI DI ONORABILITÀ E PROFESSIONALI

*(Per apertura, trasferimento di sede e ampliamento nel caso di aggiunta di settore alimentare)*

Il/la sottoscritto/a, 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”).

#### **Solo nel caso di settore alimentare:**

- di essere in possesso di uno dei requisiti professionali previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività** (art. 71, comma 6 del D.Lgs. 26/03/2010, n.59 e specifiche disposizioni regionali di settore) indicati di seguito:

- 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 Bolzano o da equivalente Autorità competente in uno Stato membro dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo, riconosciuto dall'Autorità competente italiana:

presso istituto: \_\_\_\_\_

con sede in: \_\_\_\_\_

oggetto corso: \_\_\_\_\_

anno di conclusione: \_\_\_\_\_

- di aver esercitato in proprio, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, l'attività di impresa nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande:

tipo di attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo di attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo di attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

iscrizione Registro Imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_  
n. REA \_\_\_\_\_ o equivalente registro di uno Stato membro dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo (se presente):

Registro di \_\_\_\_\_,  
estremi registrazione n. \_\_\_\_\_.

- di aver prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese operanti nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato, addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione di alimenti, o in qualità di socio lavoratore o in altre posizioni equivalenti, o, se trattasi di coniuge, parente o affine (parente del coniuge), entro il terzo grado, dell'imprenditore, in qualità di coadiutore familiare, comprovata dalla iscrizione all'Istituto nazionale per la previdenza sociale:

nome impresa: \_\_\_\_\_

sede impresa: \_\_\_\_\_

- quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- quale coadiutore familiare, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- quale socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS,  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- altre posizioni equivalenti \_\_\_\_\_,  
regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- 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 o di avere ottenuto la dichiarazione di corrispondenza da parte del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca:



Scuola/Istituto/Ateneo: \_\_\_\_\_

anno di conclusione: \_\_\_\_\_

materie attinenti: \_\_\_\_\_

di avere conseguito la qualificazione professionale all'estero o di aver esercitato l'attività in questione in un altro Stato Membro della Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo (art. 30 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206) e di avere ottenuto il riconoscimento dall'Autorità competente italiana con decreto n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

di essere in possesso del requisito della pratica professionale in quanto :

è stato iscritto al Registro Esercenti Commercio per le tabelle rientranti nel settore alimentare e per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande, nell'anno \_\_\_\_\_ presso la Camera di Commercio di \_\_\_\_\_

ha superato l'esame di idoneità a seguito della frequenza del corso abilitante per l'iscrizione al REC (anche senza la successiva iscrizione in tale registro), nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**che i requisiti professionali previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività** (art. 71, comma 6 del D.Lgs. 26/03/2010, n.59) **sono posseduti dal Sig./ra** \_\_\_\_\_ , **in qualità di preposto**, che ha compilato la dichiarazione di cui all'allegato B.

## ALTRE DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a dichiara, relativamente ai locali di esercizio, di aver rispettato:

- che l'esercizio possiede i requisiti minimi prestabiliti dal Reg. (CE) 852/2004 e dalle altre normative pertinenti in funzione dell'attività svolta;
- di consentire i controlli nei locali da parte delle autorità competenti nel caso in cui l'esercizio dell'attività venga svolto presso la propria abitazione;
- i regolamenti locali di polizia urbana, annonaria e di igiene e sanità, i regolamenti edilizi e le norme urbanistiche nonché quelle relative alle destinazioni d'uso;
- altro (*ulteriori dichiarazioni espressamente previste dalla normativa regionale*)

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato.

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,<br>ovvero<br>In caso di vendita di gas liquefatti (GPL) in recipienti mobili con quantitativi superiori o uguali a 75 kg,<br>ovvero<br>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<br>ovvero<br>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 \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SUL POSSESSO DEI REQUISITI DA PARTE DEL PRE-  
POSTO/INCARICATO/DIPENDENTE**

**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  PREPOSTO/A  INCARICATO/A  DIPENDENTE della

Ditta \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Società \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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”).

Nonché

di essere in possesso di uno dei requisiti professionali previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività (art. 71, comma 6 del D.Lgs. 26/03/2010, n.59 e specifiche disposizioni regionali di settore) indicati di seguito:

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 Bolzano o da equivalente Autorità competente in uno Stato membro dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo, riconosciuto dall'Autorità competente italiana:

presso istituto: \_\_\_\_\_

con sede in: \_\_\_\_\_

oggetto corso: \_\_\_\_\_

anno di conclusione: \_\_\_\_\_

di aver esercitato in proprio, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, l'attività di impresa nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande:

tipo di attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo di attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo di attività: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

iscrizione Registro Imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_  
n. REA \_\_\_\_\_ o equivalente registro di uno Stato membro dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo (se presente):

Registro di \_\_\_\_\_,  
estremi registrazione n. \_\_\_\_\_.

di aver prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese operanti nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato, addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione di alimenti, o in qualità di socio lavoratore o in altre posizioni equivalenti, o, se trattasi di coniuge, parente o affine (parente del coniuge), entro il terzo grado, dell'imprenditore, in qualità di coadiutore familiare, comprovata dalla iscrizione all'Istituto nazionale per la previdenza sociale:

nome impresa: \_\_\_\_\_

sede impresa: \_\_\_\_\_

- quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- quale coadiutore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- quale socio lavoratore, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- altre posizioni equivalenti \_\_\_\_\_, regolarmente iscritto all'INPS, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  
- 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 o di avere ottenuto la dichiarazione di corrispondenza da parte del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca:  
  
Scuola/Istituto/Ateneo: \_\_\_\_\_  
  
anno di conclusione: \_\_\_\_\_  
  
materie attinenti: \_\_\_\_\_
  
- di avere conseguito la qualificazione professionale all'estero o di aver esercitato l'attività in questione in un altro Stato Membro della Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo (art. 30 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206) e di avere ottenuto il riconoscimento dall'Autorità competente italiana con decreto n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
  
- di essere in possesso del requisito della pratica professionale in quanto :
  - è stato iscritto al REC (Registro Esercenti il Commercio) per le tabelle rientranti nel settore alimentare e per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande, nell'anno \_\_\_\_\_ presso la Camera di Commercio di \_\_\_\_\_
  
  - ha superato l'esame di idoneità a seguito della frequenza del corso abilitante per l'iscrizione al REC (anche senza la successiva iscrizione in tale registro), nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_



**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 del 2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_