



MODULISTICA
REGIONALE UNIFICATA
SCHEDA 2

Allegato alla dichiarazione di

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**REQUISITI MORALI E PROFESSIONALI PER LE ATTIVITÀ
DI VENDITA E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE**

NOTA DI COMPILAZIONE:

I requisiti morali devono essere posseduti e dichiarati da ciascuno dei seguenti soggetti: titolare o legale rappresentante, preposto o delegato se designato, ciascuno dei soci e degli amministratori in caso di società ai sensi dell'art. 2 D.P.R. 252/1998.

Il/la sottoscritto/a

2.1

Cognome _____ Nome _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita: ___ / ___ / ___ Cittadinanza: _____ Sesso M F

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. | |

Residenza: Comune _____ Prov. | |

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. | | | |

- TITOLARE DELL'ATTIVITÀ**
- LEGALE RAPPRESENTANTE della società** _____
- DELEGATO O PREPOSTO dalla società** _____
in data ___ / ___ / _____
- SOCIO**
- MEMBRO DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE**

DICHIARA

2.2

REQUISITI MORALI

- Di essere in possesso dei seguenti requisiti morali di cui agli articoli:
 - art. 5, commi 2 e 4 del d.lgs. 114/98 (commercio in sede fissa)
 - art. 5 L.R. 30/03 (pubblici esercizi)
- Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (Autocertificazione Antimafia)
- Di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio vanno rispettate le relative norme speciali (art.26,c.3 del d.lgs. 114/98)

DICHIARA

REQUISITI PROFESSIONALI

- Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

| | | |
|--------------------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> | COMMERCIO ALIMENTARE IN SEDE FISSA D.Lgs.114/98, ART. 5, c. 5 | 2.3 |
| <input type="checkbox"/> | di essere stato iscritto al Registro Esercenti il Commercio (REC) presso la CCIAA di _____ con il n° _____ per il commercio delle tabelle merceologiche _____ | |
| <input type="checkbox"/> | di aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare nome dell'istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____ | |
| <input type="checkbox"/> | di aver esercitato in proprio l'attività di vendita dei prodotti alimentari tipo di attività _____ n° iscrizione Registro Imprese _____ CCIAA di _____ n° REA _____ dal _____ al _____ | |
| <input type="checkbox"/> | di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari | |
| <input type="checkbox"/> | quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____ | |
| <input type="checkbox"/> | quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____ | |
| <input type="checkbox"/> | di aver conseguito le prescritte abilitazioni alla vendita (laddove necessarie) prova superata in data _____ presso _____ | |

| | | |
|--------------------------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> | SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE - L.R. 30/03, art. 6 | 2.4 |
| <input type="checkbox"/> | aver frequentato con esito positivo il corso professionale per la somministrazione di alimenti e bevande riconosciuto dalla Regione _____ nome dell'Istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____ | |
| <input type="checkbox"/> | di essere in possesso di diploma di scuola alberghiera o titolo equivalente nome dell'Istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____ | |
| <input type="checkbox"/> | di essere stato iscritto, nel quinquennio anteriore l'entrata in vigore della l.r. 30/03 al REC per la somministrazione di alimenti e bevande presso la CCIAA di _____ al N° _____ in data _____ | |
| <input type="checkbox"/> | di avere prestato la propria opera, per almeno 2 anni nell'ultimo quinquennio, presso imprese esercenti la somministrazione al pubblico di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato addetto alla somministrazione o come coadiutore familiare | |
| <input type="checkbox"/> | quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____ | |
| <input type="checkbox"/> | quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____ | |

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'Art.76 del DPR 445/2000
in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

Firma: _____

Data: ____ / ____ / _____