
 Regione Lombardia <h2 style="margin: 0;">S.C.I.A.</h2>								
SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)								
Al Comune di ROZZANO suap.rozzano@pec.regione.lombardia.it	COD. ISTAT 015189							
Il COMUNE invia alla Provincia o alla Città Metropolitana di Milano e all'Osservatorio Regionale del Turismo e dell'Attrattività copia della presente comunicazione per gli adempimenti di competenza.								
Il/La sottoscritto/a								
Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ Data di nascita: ___ / ___ / ___ Cittadinanza: _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. [][] Residenza: Comune _____ Prov. [][] Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. [][][][][] E-mail: _____ Se disponibile, indicare l'indirizzo PEC: _____ Telefono: _____ FAX: _____								
in qualità di:								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Titolare</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Curatore fallimentare</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Legale rappresentante</td> <td><input type="checkbox"/> Erede o avente causa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Altro _____</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Titolare	<input type="checkbox"/> Curatore fallimentare	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Erede o avente causa	<input type="checkbox"/> Altro _____	
<input type="checkbox"/> Titolare	<input type="checkbox"/> Curatore fallimentare							
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Erede o avente causa							
<input type="checkbox"/> Altro _____								
dell'Impresa/Azienda/Ente								
Denominazione o ragione sociale: _____ <input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> SAPA <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> SURL <input type="checkbox"/> SPA <input type="checkbox"/> Ente pubblico <input type="checkbox"/> Società Cooperativa <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> Altro * _____ <small>*(soggetti non economici, es. persone fisiche o società no profit)</small> Codice Fiscale _____ Partita IVA (se diversa da C.F.) _____ con sede legale nel Comune di _____ Prov. [][] Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. [][][][][] Telefono: _____ FAX: _____ <input type="checkbox"/> Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____ <input type="checkbox"/> In attesa di iscrizione al R.I. CCIAA <input type="checkbox"/> Non tenuto all'iscrizione in quanto Ente o altra struttura <input type="checkbox"/> Iscritto al R.E.A. al n° _____ <input type="checkbox"/> In attesa di iscrizione al R.E.A. <input type="checkbox"/> Posizione INAIL _____ <input type="checkbox"/> CODICE INAIL Impresa _____								
Pag. 1								

consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,

SEGNALA

L'AVVIO DI UNA NUOVA ATTIVITA' RICETTIVA NON ALBERGHIERA

ai sensi dell'art. 38 della LR 27/2015

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ostelli per la gioventù (art. 24 della LR 27/2015) | <input type="checkbox"/> foresterie lombarde (art. 27 della LR 27/2015) (*) |
| <input type="checkbox"/> locande (art. 28 della LR 27/2015) | <input type="checkbox"/> bed & breakfast (art. 29 della LR 27/2015) (**) |
| <input type="checkbox"/> rifugi alpinistici (art. 32 comma 1 della LR 27/2015) | <input type="checkbox"/> casa vacanze |

Denominazione _____

n° camere

n° posti letto

Somministrazione di alimenti e bevande:

in zone comunali non soggette a programmazione (***)

ai soli alloggiati al pubblico

OPPURE

Attività di somministrazione di alimenti e bevande **al pubblico già attiva con uno dei seguenti provvedimenti:**

- | | | | | |
|---|----------|-------------|------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Autorizzazione | n° _____ | prot. _____ | del ____ / ____ / ____ | Ente _____ |
| <input type="checkbox"/> SCIA | n° _____ | prot. _____ | del ____ / ____ / ____ | Ente _____ |

NUMERO ADDETTI

Indicare il numero di addetti previsto al momento della presentazione della SCIA, indipendentemente dalla tipologia contrattuale. Per addetto si intende chiunque ed a qualunque titolo lavori presso la struttura ricettiva non alberghiera oggetto della presente segnalazione

(*) ai sensi dell'art. 27, comma 1 della LR 27/2015 nelle foresterie lombarde la somministrazione di alimenti e bevande è svolta esclusivamente nei confronti delle persone alloggiate.

(**) ai sensi dell'art. 29 della LR 27/2015 nei bed & breakfast può essere svolto solo il servizio di prima colazione.

(***) Il Comune deve rendere noto sul sito internet del SUAP se vi sono zone comunali soggette a programmazione. Nel caso di avvio di attività di locande, qualora attività di somministrazione di alimenti e bevande sia soggetta ad autorizzazione, il Comune rilascia un'unica autorizzazione per entrambe le attività.

**Il/la sottoscritto/a inoltre
DICHIARA**

- che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159/2011 (Autocertificazione Antimafia) e che per gli altri soggetti tenuti alla medesima dichiarazione (art. 85 comma 2 del D.Lgs. 159/2011) sono compilate n° ____ schede Antimafia
- che l'edificio/i locali/l'area in cui si svolge l'attività ha/hanno una destinazione d'uso compatibile con l'attività stessa e che, in caso di attività di somministrazione di alimenti e bevande, vengono rispettati i criteri di sorvegliabilità stabiliti, ove previsto, dal Ministero dell'Interno ai sensi del D.M. 564/92
- che l'attività sarà svolta nel rispetto delle norme applicabili all'attività oggetto della presente segnalazione e delle relative prescrizioni (ad es. in materia di urbanistica, igiene pubblica, igiene edilizia, tutela ambientale, tutela della salute nei luoghi di lavoro, sicurezza alimentare, regolamenti locali di polizia urbana annonaria)
- di essere in possesso di eventuali autorizzazioni/titoli preliminari necessari allo svolgimento dell'attività oggetto della segnalazione (ad es. autorizzazioni scarichi/emissioni, nulla osta prevenzione incendi, licenze P.S., ecc.)
- per i rifugi alpinistici ed escursionistici: la sussistenza dei requisiti strutturali del rifugio (art. 7 R.R. 7/2016), il rispetto di tutte le disposizioni del R.R. 7/2016 e di assicurare una apertura stagionale minima di 80 giorni anche non consecutiva
- in caso di attività che necessitano di requisiti professionali, questi sono posseduti da:
 - Titolare o legale rappresentante
 - Preposto o delegato dalla società
- che i dati di seguito riportati, identificativi dell'immobile, sono rispondenti al vero:

Foglio mappale	Sub- alterno	Via	N. civico	Int.	Numero camere	Numero posti letto

- di rispettare gli standard qualitativi e le dotazioni minime obbligatorie previste dai provvedimenti attuativi della L.R. n. 27/2015;
- di rispettare l'adempimento della denuncia degli ospiti in base alle indicazioni dell'autorità di pubblica sicurezza come previsto dall'articolo 38, comma 8 della l.r. n. 27/2015;
- di aver stipulato una polizza assicurativa per i rischi derivanti dalla responsabilità civile verso i clienti, come previsto dall'articolo 38, comma 10 della l.r. n. 27/2015;
- di aver preso visione dell'informativa sui procedimenti di cui all'art. 3 del D.P.R. 26.04.1992 n. 300;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del D.L. 30.06.2003 n. 196 (sotto indicata);
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente segnalazione viene resa e in applicazione delle disposizioni sulla pubblicazione degli atti, ai sensi della L. 241/90. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Il titolare del trattamento è il Comune al quale la presente SCIA viene inoltrata.

NOTIFICA LA PROPRIA ATTIVITÀ

- nel caso si svolga nel settore alimentare, ai sensi del regolamento comunitario 852/2004

ELENCO ALLEGATI E SOTTOSCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a

ALLEGA

DICHIARAZIONE ANTIMAFIA

PROCURA

PLANIMETRIA DEI LOCALI IN SCALA NON INFERIORE A 1:100

la planimetria dell'unità immobiliare o della relativa porzione sottoscritta da un tecnico abilitato, _____ in scala 1:50 o 1:100, con indicazione dei dati catastali, della superficie utile dei vani, dell'altezza, del numero dei posti letto, dei vani comuni, dei vani riservati e delle aree di pertinenza, delle superfici finestrate di ogni vano. La planimetria del locale destinato alla somministrazione di alimenti e bevande aperto al pubblico deve indicare la destinazione d'uso, la superficie e l'altezza.

SCHEDA relativa ai requisiti morali e professionali per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande aperta al pubblico.

ATTESTAZIONE/ASSEVERAZIONE da allegare nel caso in cui la specifica normativa di settore preveda requisiti di natura tecnica o valutativa già oggetto di attestazione o asseverazione riguardante _____

rilasciata dal tecnico abilitato _____


DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' rilasciata dalla Agenzia delle imprese _____

ALTRO _____

Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____

N.B. Per le attività aperte al pubblico, copia della presente segnalazione corredata della ricevuta di deposito da parte del Comune va tenuta esposta in modo visibile al pubblico all'interno della struttura ricettiva non alberghiera.

 Regione Lombardia	Allegato alla segnalazione di C.F. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
---	---

**SCHEDA RELATIVA AI REQUISITI MORALI E PROFESSIONALI PER LE ATTIVITÀ
DI SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE APERTA AL PUBBLICO
E REQUISITI PROFESSIONALI PER I RIFUGI**

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. 85 comma 2 del D.Lgs. 159/2011. Vanno allegati i documenti di identità di tutti i soggetti che compilano la presente scheda.

Cognome _____	Nome _____
C.F. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
Data di nascita: ___ / ___ / ___	Cittadinanza: _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____	Comune: _____
Residenza: Stato _____ Provincia _____	Comune: _____
Via, Piazza, ecc. _____	N. _____ C.A.P. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> TITOLARE DELL'ATTIVITA' <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> MEMBRO DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE	
<input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE della società _____	
<input type="checkbox"/> DELEGATO dalla società _____ in data ___ / ___ / ___	

consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi,

REQUISITI MORALI

1. Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.Lgs. 59/2010
2. che non sussistono nei propri confronti, cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159/2011 (Autocertificazione Antimafia)

3. REQUISITI PROFESSIONALI

Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali ai sensi dell' art. 71, comma 6, D.Lgs. 59/2010

- 3.1 aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti riconosciuto dalla Regione
 nome dell'Istituto _____ sede _____
 oggetto del corso _____ anno di conclusione _____
- 3.2 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.
 Tipologia di Titolo _____
 nome dell'Istituto _____ sede _____
 oggetto del corso _____ anno di conclusione _____

3.3 avere prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente, presso imprese esercenti l'attività nel settore alimentare o della somministrazione di alimenti e bevande, in qualità di:

in proprio

socio lavoratore

dipendente qualificato, addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione degli alimenti

coadiutore familiare (se trattasi di coniuge, parente o affine, entro il terzo grado, dell'imprenditore)

comprovata dalla iscrizione INPS N° _____ del ___ / ___ / _____

nome impresa _____

sede impresa _____

3.4 essere stato iscritto al REC di cui alla L.426/71 per uno dei gruppi merceologici individuati dalle lettere a)

b) e c) dell'art. 12, c.2 del DM 375/88, presso la CCIAA di _____

N° _____ in data ___ / ___ / _____

4. REQUISITI PROFESSIONALI PER I RIFUGI ALPINISTICI ED ESCURSIONISTICI

Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali ai sensi dell'art. 33, commi 3 e 4 della LR 27/2015:

4.1 aver frequentato un corso di formazione di enti accreditati presso la Giunta Regionale

4.2 aver esercitato per almeno 3 anni l'attività di gestore di rifugi


4.3 di essere in possesso del seguente diploma di istruzione professionale o di istruzione tecnica individuato dalla Giunta Regionale: _____

4.4 di essere in possesso del seguente diploma di qualifica di istruzione professionale individuato dalla Giunta Regionale, unitamente allo svolgimento dell'attività di gestore del rifugio da almeno un anno: _____

4.5 di essere in possesso dell'abilitazione allo svolgimento delle attività professionali di aspirante guida alpina o guida alpina-maestro di alpinismo: _____

Data ___ / ___ / _____

FIRMA _____

 Regione Lombardic	Allegato alla segnalazione di C.F. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																		
DICHIARAZIONE ANTIMAFIA																			
NOTA DI COMPILAZIONE																			
<p>LA DICHIARAZIONE ANTIMAFIA DEVE ESSERE RILASCIATA DA TUTTI I SOGGETTI PREVISTI DALL'85 del D.Lgs. 159/2011. Vanno allegati i documenti di identità di tutti i soggetti che compilano la presente scheda A, nel caso in cui i dichiaranti non utilizzino la propria firma digitale per la sottoscrizione.</p>																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Cognome _____</td> <td style="width: 60%;">Nome _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">C.F. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Data di nascita: ___ / ___ / ___</td> <td>Cittadinanza _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Residenza: Stato _____ Provincia _____ Comune _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Via, Piazza, ecc. _____ N. _____</td> <td>C.A.P. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SOCIO</td> <td><input type="checkbox"/> MEMBRO DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DELEGATO dalla società _____</td> <td>in data ___ / ___ / ___</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ALTRO _____</td> <td></td> </tr> </table>		Cognome _____	Nome _____	C.F. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		Data di nascita: ___ / ___ / ___	Cittadinanza _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____		Residenza: Stato _____ Provincia _____ Comune _____		Via, Piazza, ecc. _____ N. _____	C.A.P. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SOCIO	<input type="checkbox"/> MEMBRO DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE	<input type="checkbox"/> DELEGATO dalla società _____	in data ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> ALTRO _____	
Cognome _____	Nome _____																		
C.F. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																			
Data di nascita: ___ / ___ / ___	Cittadinanza _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																		
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____																			
Residenza: Stato _____ Provincia _____ Comune _____																			
Via, Piazza, ecc. _____ N. _____	C.A.P. <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> SOCIO	<input type="checkbox"/> MEMBRO DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE																		
<input type="checkbox"/> DELEGATO dalla società _____	in data ___ / ___ / ___																		
<input type="checkbox"/> ALTRO _____																			
consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, DICHIARA																			
<p>CHE NON SUSSISTONO NEI PROPRI CONFRONTI "CAUSE DI DIVIETO, DI DECADENZA O DI SOSPENSIONE DI CUI ALL'ART. 67 DEL D.LGS. 159/2011" (codice delle leggi antimafia).</p>																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Data ___ / ___ / _____</td> <td style="width: 60%;">FIRMA _____</td> </tr> </table>		Data ___ / ___ / _____	FIRMA _____																
Data ___ / ___ / _____	FIRMA _____																		
<p>Privacy: nel compilare questo modello si richiede di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003 e s.m.i.). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso, Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.</p>																			
Pag. 7																			