



COMUNE DI CITTADELLA

ALL SUB C)

**DOMANDA  
PER IL RILASCIO DELLA CONCESSIONE/AUTORIZZAZIONE PLURIENNALE  
PER LA FIERA FRANCA DI CITTADELLA**

All'Ufficio Commercio  
del Comune di Cittadella  
*Trasmissione esclusivamente con  
pec: [cittadella.pd@cert.ip-veneto.net](mailto:cittadella.pd@cert.ip-veneto.net)  
o tramite [www.impresainungiorno.gov.it](http://www.impresainungiorno.gov.it)*

|                      |  |                    |  |
|----------------------|--|--------------------|--|
| Il/la sottoscritto/a |  | [ ]                |  |
| Codice fiscale       |  | [ ]                |  |
| Cittadinanza         |  | [ ]                |  |
| Nato/a a             |  | Prov.              | [ ]  |
| Il                   | [ ]  | Residente a        | [ ] Prov. [ ]                                      |
| Via                  | [ ]  | n.                 | [ ] CAP [ ]  |
| e-mail               | [ ]  | cell.              | [ ]  |
| Permesso             | <input type="radio"/>  | Carta di soggiorno | <input type="radio"/> n° [ ] Valido dal [ ] al [ ] |
| In qualità di:       | Titolare <input type="radio"/> Legale rappresentante <input type="radio"/> |                    |  |
| Denominazione Ditta  |  | [ ]                |  |
| Codice fiscale       |  | P.Iva              | [ ]  |
| Con sede in          |  | Prov.              | [ ] CAP [ ]  |
| Via/Fraz/Loc         |  | n°                 | [ ]  |
| e-mail               |  | PEC                | [ ]  |

iscritto alla CCIAA di [ ] dal [ ]

Titolare dell'autorizzazione di tipo A n. [ ] del [ ] Rilasciata dal Comune di [ ];

Titolare dell'autorizzazione di tipo B n. [ ] del [ ] Rilasciata dal Comune di [ ];

Titolare dell'Impresa Agricola [ ]

**CHIEDE**

il rilascio di concessione di occupazione di suolo pubblico e relativa autorizzazione per l'esercizio del commercio su aree pubbliche, mediante l'uso di posteggio nella Fiera Franca di Cittadella nel Centro Storico di Cittadella, per il seguente settore merceologico:

|  |
|--|
| <input type="radio"/> Non alimentare (specificare tipologia merceologica) [ ]                                    |
| <input type="radio"/> Alimentare generico <input type="radio"/> Alimentare con Somministrazione Alimenti Bevande |

**E' obbligatorio indicare la tipologia merceologica**

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, e informato/a che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del D.Lgs 196/2003,

## DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti morali (commi 1-3-4-5) e professionali (commi 2-6) previsti dall'art. 71 del D.Lgs 59/2010;
- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione ai sensi dell'art. 67 del D.Lgs 159/2011.

## DICHIARA INOLTRE

### SOLO PER IL SETTORE ALIMENTARE (Generico e SAB):

- di avere il seguente titolo professionale:

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Avere 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: Istituto <input type="text"/><br>Sede <input type="text"/> Oggetto del corso <input type="text"/> Data <input type="text"/> |
|-----------------------|---|

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Avere prestato la propria opera, per almeno due anni, anche se non consecutivi, nel quinquennio precedente, presso imprese esercenti attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande, comprovata dalla iscrizione all'INPS, in qualità di:<br><input type="radio"/> titolare <input type="radio"/> socio lavoratore <input type="radio"/> collaboratore familiare <input type="radio"/> dipendente qualificato<br>Nome impresa <input type="text"/> Sede <input type="text"/><br>Regolarmente iscritto all'INPS dal <input type="text"/> al <input type="text"/><br><input type="radio"/> titolare <input type="radio"/> socio lavoratore <input type="radio"/> collaboratore familiare <input type="radio"/> dipendente qualificato<br>Nome impresa <input type="text"/> Sede <input type="text"/><br>Regolarmente iscritto all'INPS dal <input type="text"/> al <input type="text"/><br><input type="radio"/> titolare <input type="radio"/> socio lavoratore <input type="radio"/> collaboratore familiare <input type="radio"/> dipendente qualificato<br>Nome impresa <input type="text"/> Sede <input type="text"/><br>Regolarmente iscritto all'INPS dal <input type="text"/> al <input type="text"/> |
|-----------------------|---|

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | 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:<br>Istituto/facoltà <input type="text"/> Sede <input type="text"/><br>Titolo di studio <input type="text"/> Conseguito in data <input type="text"/> |
|-----------------------|--|

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Avere esercitato in proprio l'attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande per almeno due anni, anche se non consecutivi, nel quinquennio precedente. |
|-----------------------|---|

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Essere stato iscritto al Registro Esercenti il Commercio (REC) per l'attività di commercio delle ex tabelle merceologiche oggi corrispondenti al settore alimentare o per l'attività di somministrazione di alimenti e bevande, salvo cancellazioni dal medesimo registro volontaria o per perdita dei requisiti presso la CCIAA di <input type="text"/> n° <input type="text"/> |
|-----------------------|--|

- di essere a conoscenza che ai fini della commercializzazione restano salve le disposizioni concernenti la vendita di determinati prodotti previsti da leggi speciali.
- di obbligarsi a presentare tutta l'eventuale documentazione che verrà richiesta dall'Amministrazione Comunale.

Trasmette in allegato (**documenti obbligatori**):

- un documento di identità in corso di validità nel caso in cui la domanda non sia firmata digitalmente dal richiedente;
- procura a firmare digitalmente e inviare la pratica per conto del richiedente e carta d'identità di colui che fornisce procura, nel caso di domanda firmata digitalmente da procuratore;
- quietanza F23 versamento marca da bollo € 16,00 o dimostrazione dell'utilizzo della marca da bollo;
- riferimenti dell'autorizzazione di commercio su aree pubbliche posseduta

Nel caso in cui la domanda venga firmata digitalmente dal richiedente i documenti obbligatori sono solo gli ultimi due della lista sopra riportata.

Per ogni comunicazione, contattare:

|   |                      |       |                      |     |                      |
|---|----------------------|-------|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="radio"/> L'indirizzo del richiedente:        | <input type="text"/> |       |                      |     |                      |
| <input type="radio"/> Il seguente indirizzo: Destinatario | <input type="text"/> |       |                      |     |                      |
| Comune di   | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> | CAP | <input type="text"/> |
| Via   | <input type="text"/> | n°    | <input type="text"/> |     |                      |
| e-mail  | <input type="text"/> | PEC   | <input type="text"/> |     |                      |
| cell.   | <input type="text"/> |       |                      |     |                      |

Autorizzo l'immissione del mio numero di cellulare in gruppi social creati e gestiti dal Comune di Cittadella

Non autorizzo l'immissione del mio numero di cellulare in gruppi social creati e gestiti dal Comune di Cittadella

Data

Firma del titolare o legale rappresentante

\_\_\_\_\_