



Al Comune di **ASTI**

Pratica

del

Settore Polizia Municipale e Commercio su area pubblica

Servizio di Polizia Amministrativa

Protocollo

**SCIA:**

SCIA Apertura

SCIA Trasferimento di sede SCIA subingresso

*Indirizzo VIA NATTA N. 3*

*PEC / Posta elettronica* [*protocollo.comuneasti@pec.it*](mailto:protocollo.comuneasti@pec.it)

**SCIA UNICA:**

SCIA Apertura + altre segnalazioni

SCIA Trasferimento di sede + altre segnalazioni

**SCIA CONDIZIONATA:**

SCIA Apertura + altre domande per acquisire atti d’assenso

SCIA Trasferimento di sede + altre domande per acquisire atti d’assenso

# SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ PER L’ESERCIZIO DELL’ATTIVITÀ DI ACCONCIATORE E/O

ESTETISTA

## (Sez. I, Tabella A, d.lgs. 222/2016)

SCHEDA ANAGRAFICA

|  |
| --- |
| *1 – DATI DEL DICHIARANTE* |
| Cognome \_ Nome codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | sesso | |  Nato/a a prov. | | | Stato il | | |/| | |/| | | | | cittadinanza estremi del documento di soggiorno *(se cittadino non UE)* rilasciato da il | | |/| | |/| | | | | scadenza | | |/| | |/| | | | |  residente in prov. | | | Stato  indirizzo n. C.A.P. | | | | | |  PEC / posta elettronica Telefono fisso / cellulare in qualità di  Titolare  Legale rappresentante  Altro |
| *2 – DATI DELLA DITTA/SOCIETA’/IMPRESA* |
| Denominazione (nome della ditta o azienda o ragione sociale)  Forma giuridica codice fiscale / p. IVA *Informazione indispensabile all’accesso alle banche dati*   * iscritta alla Camera di Commercio (C.C.I.A.A.) di prov. | | | n. REA   | | | | | | | |   * non ancora iscritta1 * non necessita di iscrizione al R.I. della C.C.I.A.A.   con sede legale in:  Comune prov. | | | Stato |

1 Si ricorda che l’iscrizione alla Camera di Commercio (C.C.I.A.A.) va effettuata entro 30 giorni dall’avvio.

|  |
| --- |
| indirizzo n. C.A.P. | | | | | |  Telefono fisso / cell. fax. PEC  Altro domicilio elettronico per invio  delle comunicazioni inerenti la pratica |
| *3 – DATI DEL PROCURATORE/DELEGATO*  *(compilare in caso di conferimento di procura)* |
| Cognome Nome codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |  Nato/a a prov. | | | Stato  il | | |/| | |/| | | | |  residente in prov. | | | Stato indirizzo n. C.A.P. | | | | | | PEC / posta elettronica  Telefono fisso / cellulare  in qualità di   * Procuratore/delegato * Agenzia per le imprese Denominazione |
| *4 – DATI DELL’ATTIVITA’/INTERVENTO* |
| * **ATTIVITA’ DI ESTETISTA** * **ACCONCIATORE** |

|  |
| --- |
| *INDIRIZZO DELL’ATTIVITA’*  *Compilare se diverso da quello della ditta/società/impresa* |
| Via/piazza n.  Comune prov. | | | C.A.P.  | | | | | |  Stato Telefono fisso / cell*.* fax*.* |
| *DATI CATASTALI* |
| Foglio n*.* map. (se presenti) sub. sez. |
| *1 – APERTURA* |
| **1.1 - DATI SULL’ATTIVITÀ:**  **Il/la sottoscritto/a SEGNALA l’avvio dell’attività di:**  Acconciatore Estetista  Superficie complessiva del locale **mq | | | | |**  Superficie del locale adibita all’esercizio dell’attività **mq | | | | |**  **Esercizio collocato in centro commerciale**  Sì denominazione No  **Attività esercitata**  Unica o prevalente  Svolta congiuntamente all’attività di  Già avviato con la SCIA prot./n. del | | |/| | |/| | | | |  **Variazioni: Subingresso**  DATI **DELLA IMPRESA A CUI SI SUBENTRA**  **Il/la sottoscritto/a SEGNALA il** Subingresso **nell’attività di**:  Acconciatore Estetista  **già avviata con la SCIA/DIA/autorizzazione prot./n. del** | | |/| | |/| | | | | |

|  |
| --- |
| MOTIVAZIONE DEL SUBINGRESSO    one    Altre cause  Con atto di registrazione n. del | | |/| | |/| | | | | , (Se l’atto è in corso di registrazione, dovrà essere allegata la dichiarazione del notaio che lo attesti).  *Si rammenta che a norma dell’art. 2556 c.c. i contratti di trasferimento di proprietà o gestione di un’azienda commerciale sono stipulati presso un notaio, in forma di atto pubblico o scrittura privata autenticata e registrata presso l’Agenzia delle Entrate.*  **VARIAZIONE DELLA DENOMINAZIONE**   * 1. **- DICHIARAZIONI SUL POSSESSO DEI REQUISITI ANTIMAFIA E PROFESSIONALI**   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:  Consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (art. 76 del DPR n. 445 del 2000 e Codice penale), sotto la propria responsabilità,   * + - 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”).  ***Nel caso di esercizio di attività di acconciatore:***  | | di essere Responsabile tecnico e  di essere in possesso dell’abilitazione professionale, rilasciata da , in data , con atto n. ,  di essere in possesso di qualifica di acconciatore o di parrucchiere, per uomo o per donna, prevista dalla legge (art. 6, comma 2, della L. 17 agosto 2005, n. 174), rilasciata da , in data  , con atto n. ,  di avere conseguito la qualificazione professionale all’estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall’Autorità competente con decreto n. , in data ,  di essere in possesso di qualifica di acconciatore ottenuta prima dell’entrata in vigore della legge n. 174/2005 e fino al 31 gennaio 2009 secondo le disposizioni normative di cui alla previgente legge n. 161/1963 (artt. 6 e 7 della L. 17 agosto 2005, n. 174).  OPPURE  | | *che il/i Responsabile/i tecnico/i è/sono:*  Nome Cognome *\_* CF *\_ ,*  *(in qualità di:*  *Titolare;* *Socio partecipante al lavoro;*  *Familiare coadiuvante;*  *Dipendente)* |

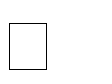


|  |
| --- |
| Nome Cognome CF *,*  *(in qualità di:*  *Titolare;* *Socio partecipante al lavoro;*  *Familiare coadiuvante;*  *Dipendente)*  Nome Cognome CF *,*  *(in qualità di:*  *Titolare;* *Socio partecipante al lavoro;*  *Familiare coadiuvante;*  *Dipendente)*  *(dato ricorsivo: prevedere funzionalità ‘Aggiungi’)*  che possiede/ono l’abilitazione professionale prevista, come dichiarato in Allegato B.  ***Nel caso di esercizio di attività di estetista (artt. 3 e 8 della L. n. 1/1990 e specifiche disposizioni regionali di settore):***  | | di essere Responsabile tecnico e  di essere in possesso della qualificazione professionale di estetista, rilasciata da  , in data , con atto n. ,  di essere in possesso dell’abilitazione professionale di estetista, conseguita alla data di entrata in vigore della legge  n. 1 del 1990, in quanto:  | | titolare, per almeno due anni, dell’impresa n. REA  | | socio/a, per almeno due anni, dell’impresa n. REA  | | direttore/rice, per almeno due anni, dell’impresa n. REA  | | dipendente, per almeno tre anni nel quinquennio precedente la data di entrata in vigore della L. n. 1/1990, dell’impresa e/o dello studio medico specializzato  , dal al  di essere in possesso di:  | | attestato di frequenza del corso regionale rilasciato da , in data  , con atto n.  | | attestato/diploma di frequenza di scuole professionali autorizzate/riconosciute, rilasciato da  , in data , con atto n.  di aver conseguito la qualifica professionale all’estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall’Autorità competente con decreto n. in data  *OPPURE*  | | *che il/i Responsabile/i tecnico/i è/sono:*  Nome Cognome CF *,*  *(in qualità di:*  *Titolare;* *Socio partecipante al lavoro;*  *Familiare coadiuvante;*  *Dipendente)* |

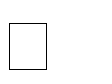


|  |
| --- |
| Nome Cognome CF *,*  *(in qualità di:*  *Titolare;* *Socio partecipante al lavoro;*  *Familiare coadiuvante;*  *Dipendente)*  Nome Cognome CF *,*  *(in qualità di:*  *Titolare;* *Socio partecipante al lavoro;*  *Familiare coadiuvante;*  *Dipendente)*  *(dato ricorsivo: prevedere funzionalità ‘Aggiungi’)*  che possiede/ono l’abilitazione professionale prevista, **come dichiarato in Allegato C.** |
| *2 – TRASFERIMENTO DI SEDE* |
| **Il/la sottoscritto/a SEGNALA che l’attività di:**  Acconciatore Estetista  **già avviata con la SCIA/DIA/autorizzazione prot./n. del** | | |/| | |/| | | | |  **sarà trasferita**  **Da**  Indirizzo CAP  **Esercizio collocato in centro commerciale**  Sì denominazione No  **A**  Indirizzo CAP Tel. Fisso/cell.  **Esercizio collocato in centro commerciale**  Sì denominazione No  Tel. Fisso/cell. fax |

|  |
| --- |
| ***ALTRE DICHIARAZIONI*** |
| 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 aver rispettato:   * i regolamenti di igiene e sanità, la conformità degli arredi e delle attrezzature a quanto previsto dalle normative di riferimento in ordine ai requisiti di sicurezza. * il regolamento comunale per la disciplina dell’attività di acconciatore e/o estetista.   *Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di aver rispettato:*   * le norme sulla sicurezza sui luoghi di lavoro * le norme edilizie, urbanistiche e quelle relative alla destinazione d’uso * la normativa vigente in materia ambientale   *Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre:*   * di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato * 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. |

SCIA UNICA (SCIA + altre segnalazioni, comunicazioni e notifiche):

Il/la sottoscritto/a presenta in allegato le segnalazioni e/o comunicazioni indicate nel quadro riepilogativo.

SCIA CONDIZIONATA (SCIA o SCIA unica + richiesta di autorizzazione):

Il/la sottoscritto/a presenta richiesta di acquisizione, da parte dell’Amministrazione, delle autorizzazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.

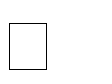
**Attenzione**: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (art. 75 del DPR 445 del 2000).

Data Firma

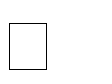
***N.B.: INFORMATIVA SULLA PRIVACY PRESENTE NELLA RELATIVA SEZIONE DELLA MODULISTICA***

***Quadro riepilogativo della documentazione allegata***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA SCIA*** | | |  |
| Allegato | Denominazione | Casi in cui è previsto | |
|  | Procura/delega | Nel caso di procura/delega a presentare la segnalazione | |
|  | Copia del documento di identità del/i titolare/i | Nel caso in cui la segnalazione non sia sottoscritta in forma digitale e in assenza di procura | |
|  | Dichiarazioni sul possesso dei requisiti ed accettazione da parte del responsabile tecnico (Allegati B e/o C) + copia del documento di identità | Nel caso di Apertura, in presenza di un Responsabile tecnico diverso dal dichiarante | |
|  | Planimetria quotata dei locali in scala minima 1:100 con layout superfici di vendita, attrezzature, arredi | Sempre obbligatoria | |
|  | Relazione descrittiva delle caratteristiche dei locali medesimi, della loro localizzazione e attrezzatura utilizzata per il servizio | Sempre obbligatoria | |
|  | Notifica di installazione di apparecchiature a raggi ultravioletti di cui al Decreto del Presidente della Giunta Regionale 7 aprile 2003, n. 6/R Regolamento regionale delle Attività di solarium. | In presenza di apparecchiature UV | |

**SCIA UNICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***ALTRE SEGNALAZIONI O COMUNICAZIONI PRESENTATE IN ALLEGATO ALLA SCIA*** | | |  |
| Allegato | Denominazione | Casi in cui è previsto | |
|  | Di avere inoltrato richiesta per insegna di esercizio al Servizio alle imprese | In caso di attività che preveda insegna esterna | |

**SCIA CONDIZIONATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONI PRESENTATA CONTESTUALMENTE ALLA SCIA O ALLA SCIA UNICA*** | | |
| Allegato | Denominazione | Casi in cui è previsto |
|  | Documentazione per il rilascio dell’Autorizzazione Unica Ambientale (AUA) per scarico delle acque | In caso di attività di acconciatore con consumo idrico giornaliero superiore a 1 m3 al momento di massima attività |
|  | Documentazione per il rilascio dell’autorizzazione per insegna di esercizio | In caso di attività che preveda insegna esterna (dove è prevista la domanda di autorizzazione) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***ALTRI ALLEGATI (attestazioni relative al versamento di oneri, diritti etc. e dell’imposta di bollo)*** | | |  |
| Allegato | Denominazione | Casi in cui è previsto | |
|  | - Attestazione del versamento di oneri, di diritti, ecc. | Nella misura e con le modalità indicate sul sito  dell’amministrazione | |
|  | * Attestazione del versamento dell’imposta di bollo: estremi del codice identificativo della marca da bollo, che deve essere annullata e conservata dall’interessato;   *ovvero*   * Assolvimento dell’imposta di bollo con le altre modalità previste, anche in modalità virtuale o tramite @e.bollo | Obbligatoria in caso di presentazione di un’istanza contestuale alla SCIA (SCIA condizionata) | |

**ALLEGATO A**

**DICHIARAZIONE SUL POSSESSO DEI REQUISITI DA PARTE DEGLI ALTRI SOCI**

Cognome Nome C.F. *| | | | | | | | | | | | | | | | |*

Data di nascita| | |/| | |/| | | | | Cittadinanza Sesso: M | | F | |

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune Residenza: Provincia Comune Via, Piazza, ecc. N. C.A.P.

Il/la sottoscritto/a in qualità di

SOCIO/A della

*| |* Società

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**

*| |* che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del D.Lgs. 06/09/2011, n. 159.

**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

***N.B.: INFORMATIVA SULLA PRIVACY PRESENTE NELLA RELATIVA SEZIONE DELLA MODULISTICA***

#### ALLEGATO B

**(Attività di acconciatore)**

**DICHIARAZIONE DEL/LA RESPONSABILE TECNICO/A SUL POSSESSO DEI REQUISITI**

**ED ACCETTAZIONE INCARICO**

Cognome \_Nome C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita / / Cittadinanza Sesso: M | | F | |

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune Residenza: Provincia Comune Via, Piazza, ecc. N. C.A.P.

Il/la sottoscritto/a in qualità di

RESPONSABILE TECNICO/A della

| | Ditta individuale

| | Società

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

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 dell’abilitazione professionale, rilasciata da , in data | | |/| | |/| | | | | con atto n. ,

| | di essere in possesso di qualifica di acconciatore o di parrucchiere, per uomo o per donna, prevista dalla legge (art. 6, comma 2, della L. 17 agosto 2005, n. 174), rilasciata da \_ , in data

| | |/| | |/| | | | |, con atto n. ,

| | di avere conseguito la qualificazione professionale all’estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall’Autorità competente decreto n. , in data ,

| | di essere in possesso di qualifica di acconciatore ottenuta prima dell’entrata in vigore della Legge 174/2005 e fino al 31 gennaio 2009 secondo le disposizioni normative di cui alla previgente Legge 161/1963 (artt. 6 e 7 della L. 17 agosto 2005, n. 174).

Il/la sottoscritto/a, accettando l’incarico, nel rispetto degli artt.77 e 78 del D.Lgs.59/2010, **dichiara di essere consapevole dell’obbligo di garantire la propria presenza nell’esercizio durante lo svolgimento dell’attività e dell’obbligo di comunicarne tempestivamente il recesso dall’incarico.**

**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

***N.B.: INFORMATIVA SULLA PRIVACY PRESENTE NELLA RELATIVA SEZIONE DELLA MODULISTICA***

#### ALLEGATO C

**(Attività di estetista)**

**DICHIARAZIONE DEL/LA RESPONSABILE TECNICO/A SUL POSSESSO DEI REQUISITI**

**ED ACCETTAZIONE INCARICO**

Cognome Nome C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita| | |/| | |/| | | | | Cittadinanza Sesso: M | | F | |

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune Residenza: Provincia Comune Via, Piazza, ecc. N. C.A.P.

Il/la sottoscritto/a in qualità di

RESPONSABILE TECNICO/A della

| | Ditta individuale

| | Società

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

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 della qualificazione professionale di estetista, rilasciata da

, in data | | |/| | |/| | | | | , con atto n. ,

di essere in possesso dell’abilitazione professionale di estetista, conseguita alla data di entrata in vigore della legge n. 1 del 1990, in quanto:

| | titolare, per almeno due anni, dell’impresa n. REA

| | socio/a, per almeno due anni, dell’impresa n. REA

| | direttore/rice, per almeno due anni, dell’impresa n. REA

| | dipendente, per almeno tre anni nel quinquennio precedente la data di entrata in vigore della L. n. 1/1990,

dell’impresa e/o dello studio medico specializzato

, dal al

di essere in possesso di:

| | attestato di frequenza del corso regionale rilasciato da , in data

, con atto n.

| | attestato/diploma di frequenza di scuole professionali autorizzate/riconosciute, rilasciato da

, in data , con atto n.

di aver conseguito la qualifica professionale all’estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall’Autorità competente con decreto n. in data

Il/la sottoscritto/a, accettando l’incarico, nel rispetto degli artt.77 e 78 del D.Lgs.59/2010, **dichiara di essere consapevole dell’obbligo di garantire la propria presenza nell’esercizio durante lo svolgimento dell’attività e dell’obbligo di comunicarne tempestivamente il recesso dall’incarico.**

**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

***N.B.: INFORMATIVA SULLA PRIVACY PRESENTE NELLA RELATIVA SEZIONE DELLA MODULISTICA***