|  |  |
| --- | --- |
| CITTA’ DI ASTI  Settore Polizia Municipale e Commercio su area pubblica Servizio Polizia Amministrativa  [**protocollo.comuneasti@pec.it**](mailto:protocollo.comuneasti@pec.it) | Protocollo del |

**S.C.I.A.** (Segnalazione Certificata di Inizio Attività)

**per nomina/variazione del Responsabile Tecnico per attività di acconciatore e/o estetista.**

(Legge n. 174 del 17/08/2005 – L.R. n. 38 del 30-12-2009 - Legge n. 1 del 04/01/1990 – L. R. n. 54 del 09/12/1992 – art. 19 L.241/1990 s. m.i. – D.Lgs. 26 marzo 2010 n. 59)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Richiedente** | |  | |
| Il/la sottoscritto/a | | | |
| Nato/a a Prov. \_ il / / | | | |
| Cittadinanza Cod. Fisc. \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | | | | |
| Estremi del documento di soggiorno *(se cittadino non UE)* | | | |
| Rilasciato da Il scadenza | | | |
| Residente in (via, piazza, ecc.) n. | | | |
| Comune di Prov. CAP | | | |
| Tel. Fax E-Mail | | | |
| P.E.C. (posta elettronica certificata) : | | | |
| **In qualità di** | **titolare** dell’esercizio dell’attività di: □ ACCONCIATORE □ ESTETISTA   * ACCONCIATORE ED ESTETISTA * rappresentante della seguente Società * Altro (specificare Con attività presso i locali siti in Asti *(Via/Corso/..)*   a seguito di: □ Autorizzazione □ D.I.A./ S.C.I.A. n. Del Il cui Responsabile Tecnico è attualmente il/la Signor/a | | |
|  | |  |

# SEGNALA

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dall’art. 76 (2) del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall’art. 489 C.P. *DICHIARA***

* **di assumere la qualifica di responsabile tecnico della propria attività**
* **la sostituzione del Responsabile Tecnico a seguito della rinuncia dall’incarico dell’attuale Responsabile**
* **la nomina di ulteriore Responsabile Tecnico per l’attività di:**

**□ACCONCIATORE □ ESTETISTA □ ACCONCIATORE e ESTETISTA**

**con decorrenza □ dalla data odierna**

**□ a far tempo dal**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Qualifica Professionale** | |  |
| □ | **Che il nuovo Responsabile Tecnico è il/la Sig./ra**  Il cui atto di accettazione dell’incarico è qui notificato e redatto con la compilazione del modello allegato alla presente (**Allegato B – Allegato C);**  **è assunto in qualità di :** *(art.77 e 78 D.Lgs. 59/2010; art.3 L.174/2005*):   * Socio partecipante al lavoro presente nella compagine societaria   □Familiare coadiuvante   * Dipendente dell’impresa   Per il/i quale/i attesta di avere ottemperato a quanto previsto dalle vigenti normative in materia di lavoro  (inserimento nella compagine societaria / regolare iscrizione presso INPS / stipula regolare contratto di lavoro) | |
| □ | **Che il sottoscritto assumerà la Responsabilità Tecnica e a tal fine attesta :** | |
|  | Di essere in possesso della qualifica professionale abilitante all’esercizio dell’attività di : | |
|  | □ **ACCONCIATORE (Allegato B)** | |
|  | □ **ESTETISTA (Allegato C)**  **Ed allega la dichiarazione sul possesso dei requisiti** | |
| ***DICHIARA***  di **NON** rivestire l’incarico di Responsabile Tecnico presso altre attività di Acconciatore o Estetista. | | |
|  | **Di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati,fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto**  **dichiarato nella presente, entro 10 giorni successivi al suo verificarsi** | |
|  | **Che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto,di decadenza o di sospensione di cui all’art. 67**  **del D.Lgs. 06/09/2011 n. 159 e successive modificazioni;** | |
|  | Che la conduzione dell’attività e l’esercizio della stessa verranno svolte con gli strumenti e le attrezzature conformi alle vigenti prescrizioni sanitarie e di sicurezza, parimenti tutti gli impianti dell’attività sono conformi alla vigente  normativa in materia applicabile; | |
|  | Per le attività effettuate con l’utilizzo di apparecchi elettromeccanici di cui al dm 110/2011 come sostituito dall’allegato 1 al Decreto 15.10.2015 n. 206 del Ministero della Sviluppo Economico, dichiara di rispettare le modalità di esercizio, di applicazione e le cautele d’uso previste nelle schede tecniche-informative dell’allegato 2 al citato DM 206/2015; | |
|  | 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; | |

### □ Richiede che le comunicazioni relative al presente Procedimento vengano inviate al seguente indirizzo

P.E.C. *(Posta Elettronica Certificata)*:

# ALLEGA ALLA PRESENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a l l e g a t i | □ | Copia del documento di identità, qualora l’istanza sia presentata a mezzo posta o da un terzo; |
| □ | Dichiarazione di accettazione della nomina da parte del responsabile Tecnico  □ **Allegato B** □ **Allegato C** |
| □ | **L’ ALLEGATO A** (**Per le Società:** Dichiarazione attestante l’inesistenza delle cause di divieto, di decadenza, di sospensione di cui all’art.67 del D.Lgs. 06.09.2011 n.159 da compilarsi a cura di: S.N.C.: tutti i soci; S.A.S.:soci accomandatari; S.P.A. e S.R.L.: rappresentante legale e membri del consiglio di amministrazione con relative fotocopie dei documenti di identità in corso di validità di tutti i firmatari**)**; |

### Data Firma

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

**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

**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.**

Di **NON** rivestire l’incarico di Responsabile Tecnico presso altre attività di Acconciatore o Estetista.

**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

**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.**

Di **NON** rivestire l’incarico di Responsabile Tecnico presso altre attività di Acconciatore o Estetista.

**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