

**NON SERVE MARCA DA BOLLO**

**ASSOCIAZIONE INTERCOMUNALE "STELLA-TURGNANO"  
SPORTELLO UNICO ATTIVITA' PRODUTTIVE**

Comune di

**O G G E T T O:** Segnalazione certificata di inizio attività di estetista, acconciatore

**Ai sensi dell'art. 24 della legge regionale 22/04/2002 n. 12, come modificata dalla legge regionale 17/06/2011, la presente segnalazione va presentata al Registro delle Imprese, territorialmente competente, contestualmente alla Comunicazione Unica, di cui all'art. 9 del D.L. 7/2007 (così come convertito dalla L. 40/2007).**

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
C.F.	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Cittadinanza	<input type="text"/>	Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita: Stato	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		Comune	<input type="text"/>
Residenza: Provincia	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Via/Piazza	<input type="text"/>	n	<input type="text"/>
		C.A.P.	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
telefono/cellulare	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

**In qualità di:**  **Titolare dell'omonima impresa individuale:**

PARTITA IVA (se già iscritto)	<input type="text"/>		
Denominazione	<input type="text"/>		
con sede nel Comune di	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Via/piazza	<input type="text"/>	n	<input type="text"/>
		CAP	<input type="text"/>

**Legale rappresentante della società,**

C.F. PARTITA IVA (se diversa dal C.F.)	<input type="text"/>		
Denominazione/ragione sociale	<input type="text"/>		
con sede nel Comune di	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Via/piazza	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>
		CAP	<input type="text"/>
Giusto atto costitutivo del notaio:	<input type="text"/>		

Rep.  Registrato a

il  al n.

**Impresa tipo :**  **artigiana** (art.10L:R: 12/02)  **non artigiana**

VISTA la L.R. 22.04.2002 n° 12 "Disciplina organica dell'artigianato", così come modificata dalla L.R. 07/2011

VISTO il vigente Regolamento comunale

**SEGNALA**

**ai sensi dell'art. 19 della L. 241/90 e dell'art. 24 della L..R. 12/200**

A far data dal

**Inizio attività**

**Subingresso alla ditta**

- Acquisto d'azienda
- Affitto d'azienda
- Donazione
- Mortis causa

**La reintestazione**

**Il trasferimento dell'attività di:**

**estetista**

**acconciatore**

Nei locali siti in

Ai Locali siti in

Trattasi di attività :  annuale  stagionale

temporanea (dal  al)

A tale fine, consapevole di quanto stabilito dall'art. 76 -comma 1- del D.P.R. 445/2000, ai sensi del quale chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. stesso è punito come previsto dal codice penale e dalle leggi speciali in materia

**DICHIARA**

di essere in possesso dei requisiti professionali per l'esercizio dell'attività di

**Estetista**

**Acconciatore**

che, ai sensi del D. Lgs. 490/94, nei propri confronti non sussistano le cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art. 10 della L. 575/65 (antimafia) [*in caso di SNC la dichiarazione dovrà essere resa da ciascun socio; in caso di SAS dai soci accomandatari; per le Società di capitali, dal legale rappresentante e dagli altri componenti l'organo di amministrazione*];

di nominare direttore tecnico dell'azienda:

Cognome  Nome

C.F.  Data di nascita

Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune

Residenza: Provincia  Comune

Via/Piazza  n  C.A.P.

E-mail

telefono/cellulare  Fax

Cittadinanza  italiana  altro

in qualità di  **dipendente**  **socio**

in possesso dei requisiti professionali di :

che i soci, collaboratori familiari, dipendenti sotto indicati che esercitano professionalmente le attività di estetista/acconciatore, sono in possesso della relativa qualifica professionale:

Cognome  Nome

C.F.  Data di nascita

Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune

Residenza: Provincia  Comune

Via/Piazza  n  C.A.P.

E-mail

telefono/cellulare  Fax

Cittadinanza  italiana  altro

in qualità di  **socio**  **collaboratore familiare**  **dipendente**

in possesso dei requisiti professionali di

Cognome  Nome

C.F.  Data di nascita

Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune

Residenza: Provincia  Comune

Via/Piazza  n  C.A.P.

E-mail

telefono/cellulare  Fax

Cittadinanza  italiana  altro

in qualità di  **socio**  **collaboratore familiare**  **dipendente**

in possesso dei requisiti professionali di

Cognome  Nome

C.F.  Data di nascita

Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune

Residenza: Provincia  Comune

Via/Piazza  n.  C.A.P.

E-mail

telefono/cellulare  Fax

Cittadinanza  italiana  altro

in qualità di :  **socio**  **collaboratore familiare**  **dipendente**

in possesso dei requisiti professionali di

(nel caso di subingresso per affitto/acquisto d'azienda) di avere la disponibilità dell'azienda oggetto della segnalazione a seguito di

affitto d'azienda della ditta

giusto atto del notaio  rep

registrato a  il  al n°

acquisto d'azienda dalla ditta

giusto atto del notaio  rep.

registrato a  il  al n.

(nel caso di subingresso per donazione) di avere la disponibilità dell'azienda oggetto di denuncia a seguito di :

donazione

giusto atto del notaio  rep

registrato a  il  al n.

(nel caso di subingresso per causa morte)

di avere la disponibilità dell'azienda a titolo di successione ereditaria quale erede di

deceduto/a il

come risulta dalla dichiarazione di successione n°  presentata il

presso l'ufficio del Registro di

essere l'unico erede (oppure erede unitamente a )

di  deceduto/a il  senza lasciare disposizioni

testamentarie e che non vi sono altri eredi ne legittimi ne riservatari;

(nel caso di reintestazione) di avere la disponibilità dell'azienda oggetto della segnalazione a seguito di fine rapporto di affittanza dovuto a :

scadenza del contratto di affitto d'azienda a decorrere dal

risoluzione anticipata del contratto di affitto d'azienda a decorrere da

di avere piena disponibilità del/i locale/i sede dell'attività aventi una superficie

di mq  in qualità di :  **proprietario**  **locatario**

che i locali sede dell'attività sono censiti al F.  Mapp.  Sub.

Del N.C.T. O del N.C.E.U. di

che i locali hanno destinazione d'uso  come risulta dal

certificato di agibilità n°  del

che la consistenza dei locali (pari a mq. ) e distribuzione interna è conforme a quella risultante dall'allegata planimetria, datata e firmata dal richiedente;

che I locali sono rispondenti alle norme relative alla prevenzione incendi e sono dotati di certificato di

prevenzione incendi n°  rilasciato in data  dal Comando Provinciale dei Vigili del

Fuoco con validità fino al

che i locali non sono soggetti alle norme relative alla prevenzione incendi:

che i locali soddisfano i requisiti igienico-sanitari, come da dichiarazione sostitutiva di atto notorio, in

calce alla presente, o per gli stessi di essere in possesso di certificato sanitario n°  di

data  emesso da

- che tutte le apparecchiature sono a norma e corredate dei certificati richiesti dalla legge;
- di aver rispettato tutte le norme riguardanti le superfici minime di lavoro
- di essere a conoscenza del divieto di svolgere l'attività di estetista, acconciatore in forma ambulante o di posteggio:
- di vendere prodotti cosmetici strettamente inerenti lo svolgimento dell'attività (art. 32 L.R. 12/02);
- (*attività mista*) di svolgere l'attività di estetista unitamente all'attività di acconciatore, in forma di imprese esercitate nella medesima sede, purché in possesso dei requisiti previsti dal regolamento comunale per tali attività (art. 33 L.R. 12/02);
- (*per gli acconciatori*) di avvalersi direttamente di collaboratori familiari e di personale dipendente sotto indicati per l'esclusivo svolgimento di prestazioni semplici di manicure e pedicure estetico tradizionalmente complementari all'attività principale (art. 33 L.R. 12/02):

Cognome  Nome

C.F.  Data di nascita

Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune

Residenza: Provincia  Comune

Via/Piazza  n  C.A.P.

E-mail

telefono/cellulare  Fax

Cittadinanza  italiana  altro

in qualità di  **dipendente**  **collaboratore familiare**

Cognome  Nome

C.F.  Data di nascita

Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune

Residenza: Provincia  Comune

Via/Piazza  n  C.A.P.

E-mail

telefono/cellulare

Fax

Cittadinanza  italiana  altro

in qualità di  **dipendente**  **collaboratore familiare**

**ALLEGATI:**

documentazione di impatto acustico ovvero valutazione semplificata di impatto acustico

originale precedente autorizzazione o D.I.A. O S.C.I.A.

copia del contratto di  di azienda e /o dichiarazione del Notaio di avvenuta stipula

planimetria datata e firmata

copia di documento di identità personale in corso di validità, non scaduto, del titolare, o nel caso di società, del legale rappresentante

dichiarazione sostitutiva requisiti morali soci e/o direttore tecnico

dichiarazione sostitutiva requisiti professionali

dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa ai requisiti dei locali e attrezzatura

**Data**

**Firma**

**Firma per accettazione, da parte del direttore tecnico**

**Data**

**Firma**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REQUISITI PER ESTETISTA**

**(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amm.va)**

Cognome  Nome   
C.F.  Data di nascita   
Cittadinanza  Sesso **M**  **F**   
Luogo di nascita: Stato  Provincia  Comune   
Residenza: Provincia  Comune   
Via/Piazza  n.  C.A.P.   
telefono/cellulare  Fax

nella sua qualità di:

- titolare/legale rappresentante**       **socio**       **direttore tecnico**

della ditta

P.I.  Con sede a

CAP  Via/Piazza

n.  Tel.  Fax

consapevole di quanto stabilito dall'art. 76 -comma 1- del D.P.R. 445/2000, ai sensi del quale chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. stesso è punito come previsto dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

**DICHIARA**

(ai sensi dell'artt.26 e28 della L.R. 12/02)

Di aver conseguito la qualificazione professionale di estetista, dopo l'adempimento dell'obbligo di istruzione, mediante il superamento di un esame teorico-pratico preceduto dallo svolgimento, in alternativa

Di un corso di formazione professionale seguito da un corso di specializzazione della durata di un anno oppure da un anno di inserimento presso un'impresa di estetista, come di seguito specificato:

**CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

**ISTITUTO**  **DURATA** dal  al

Seguito da corso di specializzazione:

**CORSO di SPECIALIZZAZIO**



**ISTITUTO**  **DURATA** dal  al

Oppure:

**IMPRESA di ESTETISTA**

**SEDE**  **DURATA** dal  al

**IMPRESA di ESTETISTA**

**SEDE**  **DURATA** dal  al

Di un anno di attività lavorativa qualificata presso un'impresa di estetista in qualità di dipendente o collaboratore familiare, successiva allo svolgimento di un rapporto di apprendistato della durata prevista dalla contrattazione collettiva di categoria e seguito da un apposito corso integrativo di formazione teorica:

**APPRENDISTATO**

**PRESSO**

**DURATA** dal  al

**IMPRESA DI ESTETISTA**

**SEDE**  **DURATA** dal  al

**IN QUALITA' DI :**  dipendente  collaboratore familiare

**IMPRESA DI ESTETISTA**  **SEDE**

**DURATA** dal  al

**IN QUALITA' DI :**  dipendente  collaboratore familiare

**CORSO INTEGRATIVO DI FORMAZIONE TEORICA**

**ISTITUTO**  **DURATA** dal  al

Di un periodo non inferiore a tre anni di attività lavorativa qualificata presso un'impresa di estetista in qualità di dipendente, di collaboratore familiare, di titolare di impresa non artigiana o di socio, seguito da un apposito corso integrativo di formazione teorica:

**IMPRESA DI ESTETISTA**

**SEDE**

**DURATA** dal

al

**IN QUALITA' DI :**

dipendente

collaboratore familiare

socio

titolare di impresa non artigiana

**IMPRESA DI ESTETISTA**

**SEDE**

**DURATA** dal

al

**IN QUALITA' DI :**

dipendente

collaboratore familiare

socio

titolare di impresa non artigiana

**CORSO INTEGRATIVO DI FORMAZIONE TEORICA**

**ISTITUTO**

**DURATA** dal

al

Data

Firma

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REQUISITI PER ACCONCIATORI

(ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amm.va)

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
C.F.	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Cittadinanza	<input type="text"/>	Sesso	<b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita: Stato	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		Comune	<input type="text"/>
Residenza: Provincia	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Via/Piazza	<input type="text"/>	n	<input type="text"/>
		C.A.P.	<input type="text"/>
telefono/cellulare	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

nella sua qualità di:

**titolare/legale rappresentante**       **socio**       **direttore tecnico**

della ditta

P.I.  Con sede a

CAP  Via/Piazza

n.  Tel.  Fax

consapevole di quanto stabilito dall'art. 76 -comma 1- del D.P.R. 445/2000, ai sensi del quale chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. stesso è punito come previsto dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

### DICHIARA

(ai sensi dell'artt. 26E 28 della L.R. 12/02)

Di aver conseguito la qualificazione professionale di acconciatore, dopo l'adempimento dell'obbligo di istruzione, mediante il superamento di un esame teorico-pratico preceduto in alternativa:

Di aver svolto un corso di formazione professionale, seguito da un corso di specializzazione ovvero da un periodo di inserimento della durata di un anno presso un'impresa di acconciatura:

**CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

**ISTITUTO**

**DURATA** dal  al

Seguito da:

**CORSO DI SPECIALIZZAZIONE**

**ISTITUTO**

**DURATA** dal  al

Oppure:

**IMPRESA DI ACCONCIATURA**

**SEDE**

**DURATA dal**

**al**

**ATTIVITA' LAVORATIVA QUALIFICATA**

**SVOLTA IN QUALITA' DI:**

titolare dell'impresa

socio partecipante al lavoro

dipendente

collaboratore familiare

collaboratore coordinatore e continuativo

**IMPRESA DI ACCONCIATURA**

**SEDE**

**DURATA dal**

**al**

**ATTIVITA' LAVORATIVA QUALIFICATA**

**SVOLTA IN QUALITA' DI :**

titolare dell'impresa

socio partecipante al lavoro

dipendente

collaboratore familiare

collaboratore coordinatore e continuativo

Periodo di inserimento della durata di un anno presso un'impresa di acconciatura successivo allo svolgimento di un rapporto di apprendistato della durata prevista dalla contrattazione collettiva di categoria e dallo svolgimento di un apposito corso integrativo di formazione teorica

**APPRENDISTATO**

**PRESSO**

**DURATA dal**

**al**

**ATTIVITA' LAVORATIVA QUALIFICATA**

**SVOLTA IN QUALITA' DI :**

titolare dell'impresa

socio partecipante al lavoro

dipendente

collaboratore familiare

collaboratore coordinatore e continuativo

**APPRENDISTATO**

**PRESSO**

**DURATA dal**

**al**

**ATTIVITA' LAVORATIVA QUALIFICATA**

**SVOLTA IN QUALITA' DI :**

titolare dell'impresa

socio partecipante al lavoro

dipendente

collaboratore familiare

collaboratore coordinatore e continuativo

Seguito da :

**CORSO INTEGRATIVO DI FORMAZIONE TEORICA**

**ISTITUTO**

**DURATA dal**

**al**

**ATTIVITA' LAVORATIVA QUALIFICATA**

**SVOLTA IN QUALITA' DI :**       titolare dell'impresa       socio partecipante al lavoro  
 dipendente       collaboratore familiare  
 collaboratore coordinatore e continuativo

Periodo di inserimento della durata di tre anni presso un'impresa di acconciatura e dalla svolgimento di un apposito corso integrativo di formazione teorica:

**IMPRESA DI ACCONCIATURA****SEDE****DURATA dal****al****ATTIVITA' LAVORATIVA QUALIFICATA**

**SVOLTA IN QUALITA' DI :**       titolare dell'impresa       socio partecipante al lavoro  
 dipendente       collaboratore familiare  
 collaboratore coordinatore e continuativo

**IMPRESA DI ACCONCIATURA****SEDE****DURATA dal****al****ATTIVITA' LAVORATIVA QUALIFICATA**

**SVOLTA IN QUALITA' DI :**       titolare dell'impresa       socio partecipante al lavoro  
 dipendente       collaboratore familiare  
 collaboratore coordinatore e continuativo

Seguito da :**CORSO INTEGRATIVO DI FORMAZIONE TEORICA****ISTITUTO****DURATA dal****al**

Di essere in possesso della qualifica di acconciatore o parrucchiere, per uomo o per donna, ovvero di parrucchiere misto, acquisita prima del 23 giugno 2011 (entrata in vigore della legge regionale 17 giugno 2011, n. 7 modificativa della legge regionale 22 aprile 2002, n. 12):

**PER PARRUCCHIERE MISTO**

Di aver svolto un periodo di due anni di attività lavorativa qualificata in qualità di dipendente o collaboratore familiare o di socio presso un'impresa di parrucchiere:

**IMPRESA DI PARUCCHIERE****SEDE****DURATA dal****al****IN QUALITA' DI :** dipendente collaboratore familiare socio**IMPRESA DI PARUCCHIERE****SEDE****DURATA dal****al**

**IN QUALITA' DI :**  **dipendente**                       **collaboratore familiare**                       **socio**

Di aver svolto un regolare periodo di apprendistato, della durata prevista dalla contrattazione collettiva di categoria:

**APPRENDISTATO**

**PRESSO**  **DURATA dal**  **al**

**APPRENDISTATO**

**PRESSO**  **DURATA dal**  **al**

Di avere svolto un corso di formazione professionale, legalmente riconosciuto dalla Regione e per cui è previsto il superamento di un esame teorico pratico, comprendente anche periodi formativi presso un'impresa di parrucchiere:

**CORSO**

**ISTITUTO**  **DURATA dal**  **al**

**IMPRESA DI PARRUCCHIERE**

**SEDE**  **DURATA dal**  **al**

**IMPRESA DI PARRUCCHIERE**

**SEDE**  **DURATA dal**  **al**

**Data**

**Firma**

## DICHIARAZIONE ANTIMAFIA SOCIO/DIRETTORE TECNICO

Il/La sottoscritto/a   
di cittadinanza  nato/a il   
a  Provincia di   
C.F.  Residente a   
C.A.P.  Via/Piazza  n.   
Tel.  Fax

**In qualità di :**

**Socio della Società**

**Direttore tecnico**

Denominazione o Ragione Sociale   
Partita Iva  sede nel Comune   
Provincia di  Via/Piazza

### DICHIARA

che ai sensi del D.Lgs 490/94, nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall' art. 10 della L.575/65 (antimafia).

**Data**

**Firma**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto

in qualità di

consapevole di quanto

stabilito dall'art. 76.1 del D.P.R. 445/2000, ai sensi del quale chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal DPR stesso è punito come previsto dal codice penale e dalle leggi speciali in materia,

**d i c h i a r a**

avendo preso visione del Regolamento comunale per l'esercizio dell'attività di cui alla presente segnalazione

del Comune di

che i locali nei quali

intende svolgere l'attività di

sono

idonei a tale attività dal punto di vista della sicurezza e igienico sanitario.

Data,

Firma