



Comune di Nove

ACCONCIATORI - ESTETISTI
variazioni

Al Sig.
Sindaco di
NOVE

Il sottoscritto

nato a

il

residente a

in via

n°

legale rappresentante della ditta

con sede a

in via

n°

codice fiscale

Tel.

ai sensi degli art. 6, 8 e 9 del Regolamento approvato dal Consiglio Comunale di Nove con deliberazione n°43 del 20 novembre 2007

COMUNICA CHE L'ATTIVITA' DI

- ACCONCIATORE
 ESTETISTA
 TATUAGGIO E PIERCING
 APPLICAZIONE DI UNGHIE ARTIFICIALI

svolta nei locali situati in via

n°

SUBIRA' LE VARIAZIONI DI CUI ALLE SEZIONI:

SEZIONE 1

SEZIONE 2

SEZIONE 3

SEZIONE 1

**TRASFERIMENTO DI SEDE
L'ATTIVITA' SARA' TRASFERITA**

nei locali siti in via n°

con una superficie di m.q. esclusi i servizi igienici, i ripostigli e la zona d'attesa.

DICHIARA

Che i locali dove sarà trasferita l'attività hanno tutte le caratteristiche necessarie per l'esercizio dell'attività.

Di aver presentato domanda di nulla osta igienico sanitario all'ULSS competente.



SEZIONE 2

AMPLIAMENTO O RIDUZIONE DI SUPERFICIE

LA SUPERFICIE DI ATTIVITA' SARA'

- AMPLIATA
 RIDOTTA

da metri quadrati a metri quadrati



SEZIONE 3

**MODIFICAZIONI RIGUARDANTI I SOGGETTI IN POSSESSO
DELLA QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
COMPRESO IL DIRETTORE TECNICO**

a decorrere dal il soggetto in possesso della qualificazione professionale

sarà il Sig.

a titolo di:

- Nuovo nominativo.
 Aggiunta rispetto al preesistente.
 Sostituzione.

DICHIARA

Di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Di essere consapevole che le variazioni di cui alle sezioni 1 e 2 avranno efficacia solo dopo che sia stato ottenuto il nulla osta igienico sanitario da parte dell'ULSS competente.

ALLEGA

Fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità *se cittadino extracomunitario*.

Eventuale dichiarazione del socio qualificato o direttore tecnico *se nominato*.

Data

FIRMA

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA
(SOCIO QUALIFICATO O DIRETTORE TECNICO)
IN POSSESSO DELL'ABILITAZIONE PROFESSIONALE**

Il sottoscritto
nato a il
residente a
in via n°
codice fiscale Tel.

DICHIARA

Di accettare l'incarico di responsabile qualificato.

Di non essere titolare, dipendente o preposto per analoga attività in altra sede.

Di impegnarsi ad essere presente durante l'orario di apertura dell'esercizio e di assumersi la responsabilità per le attività tecniche svolte all'interno del luogo di lavoro per se stesso e per quanti vi operano.

Di dare comunicazione al Comune della cessazione dell'incarico di responsabile entro trenta giorni.

Che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'Art. 10 della Legge n°575 del 31 maggio 1995.

ALLEGA

Fotocopia di documento di identità.

Fotocopia del permesso di soggiorno se cittadino extracomunitario.

Fotocopia del certificato di qualificazione personale.

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data

FIRMA
