

**SCHEDA E**

Spett.le  
Ufficio commercio  
Comune di Cassino - SEDE

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE A CARATTERE TEMPORANEO**

Denominata \_\_\_\_\_ che si svolgerà dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI OCCUPAZIONE SUOLO E/O LOCALI DI PROPRIETA' COMUNALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Associazione/Società/Ente/Partito \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

l'autorizzazione all'occupazione dell'area pubblica sita in Cassino, via \_\_\_\_\_ per  
una superficie complessiva di mq \_\_\_\_\_ ovvero l'utilizzo dei locali comunali siti in Cassino, via  
\_\_\_\_\_ per il periodo \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI VENDITA E SOMMINISTRAZIONE PRODOTTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Associazione/Società/Ente/Partito \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

Esposizione e vendita di prodotti commerciali (non alimentari):

Tipologia di prodotto \_\_\_\_\_ nome attività \_\_\_\_\_



Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma)

Allegato 1

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
AZIENDA USL DI FROSINONE - SIAN DISTRETTO "D"

PER IL TRAMITE DEL DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

DENUNCIA INIZIO ATTIVITA' SETTORE ALIMENTARE AI FINI DELLA REGISTRAZIONE  
(Art. 6 REGOLAMENTO CE n. 852/04 e D.G.R. n. 275 del 16.05.2006)

**D.I.A. SEMPLICE**

(l'attività inizia dal giorno dichiarato purchè successivo alla data di presentazione della notifica)

Il sottoscritto firmatario della presente Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Partita IVA/C.F. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso M O F O  
Luogo nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Data nascita \_\_\_\_\_  
Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. cell. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:

titolare dell'omonima impresa individuale Partita IVA (se già iscritto) \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ n. di iscrizione al Registro imprese (se già iscritto) \_\_\_\_\_  
CCIAA di \_\_\_\_\_  
Tel. cell. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

legale rappresentante della società

C.F. \_\_\_\_\_ Partita IVA (se diversa da C.F.) \_\_\_\_\_  
Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_  
Con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ N. di iscrizione al registro imprese (se già iscritto) CCIAA \_\_\_\_\_  
Cel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## DENUNCIA

l'inizio della/e attività (1) \_\_\_\_\_

a far data da \_\_\_\_\_:

(1) indicare le attività specificate nell'elenco ALLEGATO 4

sita/e in Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

A tal fine il sottoscritto, \_\_\_\_\_ ai sensi ed effetti degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 anche per i reati di *falsità in atti e uso di atto falso*, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, dichiara che l'esercizio/automezzo è conforme a quanto previsto dalla normativa vigente in materia sicurezza alimentare, approvvigionamento idrico e smaltimento dei reflui.

Dichiara altresì di essere consapevole dell'obbligo di redigere apposito piano di autocontrollo ai sensi del Regolamento CE 852/2004 e di essere informato che la presente comunicazione è valida esclusivamente per la registrazione ai sensi del Reg. 852/04 e non sostituisce altri eventuali atti ai fini dell'avvio della attività.

Si allega breve relazione tecnica sulle caratteristiche degli impianti e del ciclo produttivo.

Autorizza per gli effetti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n° 196 codesta P.A. al trattamento dei propri dati personali, a cura del personale assegnato all'ufficio della Azienda U.S.L. preposto alla conservazione delle notifiche ed all'utilizzo delle stesse per il procedimento di registrazione.

Si Impegna a notificare ogni variazione relativa al nome della ditta, alla ragione sociale, al legale rappresentante, alla sede legale, all'attività produttiva svolta, nonché la chiusura dell'unità di impresa.

Data \_\_\_\_\_

In fede

(Firma per esteso e leggibile del legale rappresentante)

Allegare: Planimetria aggiornata dei locali;  
Relazione tecnico descrittiva dei locali;  
Versamento diritti ASL per registrazione SIEV.

Data di presentazione al SUAP del Comune \_\_\_\_\_

Data e numero di protocollo presso la Usl \_\_\_\_\_

(Spazio riservato all'ufficio)





REGIONE LAZIO  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE FROSINONE

Via A. Fabi, s.n.c. - 03100 FROSINONE - Tel. 0775 8821



DISTRETTO "D" - SEDE DI CASSINO  
S.S.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.E.A.N.)

Nome e Cognome (o Ragione Sociale)	
C.F. - Partita IVA (solo per le Ditte)	
Indirizzo	
Causale del versamento	REGISTRAZIONI IMPRESE ALIMENTARI E STFCBE
Codice della prestazione	AM5.22 (€ 50,00)
Indirizzo Attività	
Tipologia Attività	

Data \_\_\_\_\_

N.B. Il presente stampato va consegnato allo sportello RECUP (es.: presso ex INAM, via De Bosis, Cassino), per poter effettuare il versamento.  
La ricevuta dell'avvenuto pagamento deve essere riconsegnata presso la struttura che eroga la prestazione.

Sarà possibile provvedere all'effettuazione del pagamento di ciò trattasi, anche tramite versamento bancario, utilizzando le seguenti coordinate bancarie (Codice IBAN): IT18A0200814804000400002537

riportando obbligatoriamente le seguenti indicazioni:

- o Ragione sociale;
- o Indirizzo sede legale;
- o Partita IVA / Codice Fiscale;
- o Causale: Registrazione art. 6 Reg. CE 853/04- SEAN Distretto "D".



# Comune di Cassino

Provincia di Frosinone

Settore Quarto

C.A.P. 03043

MODULO DI CORRESPONSIONE DEI DIRITTI DI SEGRETERIA E DI ISTRUTTORIA  
S.U.A.P.

IL SOTTOSCRITTO

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nella qualità di \_\_\_\_\_ della Ditta \_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Cod. fiscale /partita IVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Vista la deliberazione di C.C. n. 53 del 17/07/2014 di Istituzione diritti di Segreteria e di Istruttoria S.U.A.P. ai sensi dell'art. 4 comma 13 del DPR 7 settembre 2010 n. 160,

DICHIARA CHE

L'importo da corrispondere al S.U.A.P. per le attività Istruttorie relative al procedimento \_\_\_\_\_ DIA SANITARIA \_\_\_\_\_,

determinato in € \_\_\_\_\_ 30,00, è stato versato:

sul c/c postale n. 27529486 intestato al Comune di Cassino -

Causale: Diritti S.U.A.P.

oppure al seguente c/c bancario (IBAN) IT68N0510474370CC0510000359  
intestato a Banca Popolare del Lazio Agenzia di Cassino.

Causale : Diritti S.U.A.P.

Si allega alla presente copia dell'attestazione di avvenuto versamento.

In Fede

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_