

Spett.le C O M U N E di  
DEGO

Oggetto: **Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.)** di **ESTETISTA**, ai sensi dell'art. 19 della Legge 241/90 come modificato dalla L. 15/2005 e dal D.L. 35/2005 e D..Lgs. 59/2010.

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, in qualità di:

- Titolare della Ditta individuale \_\_\_\_\_
- Legale rappresentante della Società \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

P.I.: \_\_\_\_\_

### S E G N A L A

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della Legge 241/90 , e s.m.i.

l'**AVVIO** dell'attività **ESTETISTA**, nei locali siti in Deگو – Via

---

il **TRASFERIMENTO** di sede dell'attività dai locali siti in Via \_\_\_\_\_

a quelli siti in Via \_\_\_\_\_

il **CAMBIO di RAGIONE SOCIALE** da \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

il **SUBINGRESSO** da \_\_\_\_\_

Per effetto del seguente titolo \_\_\_\_\_

---

**Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)**

**D I C H I A R A**

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

- (per ditta individuale) che nei propri confronti,
- (per società) nei propri confronti e nei confronti della società che rappresenta,  
  
non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 ad oggetto "Codice delle Leggi antimafia",
- che i locali sede dell'attività posseggono i **requisiti igienico sanitari** previsti dal Regolamento Comunale per l'esercizio dell'attività di "Estetista", nonché i **requisiti urbanistici** e di destinazione d'uso previsti dalle norme vigenti.

di essere in possesso della qualificazione professionale;

oppure

di aver nominato, quale direttore Responsabile il/la Sig. \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_, in

possesso della qualifica professionale di Acconciatore, come da certificato della CCIAA allegato; **(solo per le società)**

Deogo, li

**FIRMA (per esteso)**

\_\_\_\_\_

Allega:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- certificato di qualifica professionale;
- attestazioni e asseverazioni a firma di tecnico abilitato, corredate degli elaborati tecnici (planimetria locali) necessari a consentire le verifiche di competenza dell'Amministrazione come stabilito dall'art. 19 della L. 241/1990 e s.m.i. **(solo per le nuove aperture e i trasferimenti di sede);**
- certificato/atto notarile di trasformazione Società **(solo per il cambio di ragione sociale).**

## DICHIARAZIONE POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI di “ESTETISTA”

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, C.F.: \_\_\_\_\_  
nominato Direttore Responsabile dal\_\_ sig. \_\_\_\_\_, titolare dell’attività  
di “ESTETISTA”, nei locali siti in Deago – Via \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi**

### **D I C H I A R A** **ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000**

- che nei propri confronti non sussistono cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 ad oggetto “Codice delle Leggi antimafia”;
- di accettare l’incarico di responsabile tecnico dell’attività di cui sopra;
- di essere in possesso di attestato di qualificazione professionale di acconciatore;
- **di garantire la propria presenza durante lo svolgimento dell’attività;**
- che darà comunicazione al Comune della cessazione del rapporto o dell’eventuale rinuncia all’incarico.

Deago, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega: fotocopia documento d’identità in corso di validità;  
attestato di qualifica professionale