

ALLEGATO ALLA SCIA UNICA

Oggetto: D.I.A./ notifica REG CE 852/04 per attività temporanea di somministrazione di alimenti e bevande in occasione di sagre, feste popolari e manifestazioni similari

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ cittadinanza _____
C.F. _____

Luogo di nascita:

Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza:

Provincia _____ Comune _____
Via, piazza etc. _____ n° _____ C.A.P. _____

In qualità di:

Titolare dell'omonima impresa individuale _____:

P IVA (se già iscritto) _____

Con sede nel comune di _____ Provincia _____

Via, piazza etc. _____ n° _____ C.A.P. _____ tel. _____

N° di iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____ CCIAA di _____

Legale rappresentante - presidente pro tempore della
società/Ente/Associazione/Partito/Altro
indicare _____

C.F. _____ P IVA (se diversa da c.f.) _____

Denominazione o ragione sociale _____

Con sede nel comune di _____ Provincia _____

Via, piazza etc. _____ n° _____ C.A.P. _____ tel. _____

N° di iscrizione al Registro Imprese _____ CCIAA di _____

Recapito a cui inviare eventuali comunicazioni (indirizzo se diverso dalla sede legale, telefono, fax, e-mail):

DENUNCIA L'INIZIO DELL'ATTIVITA'

di somministrazione temporanea di alimenti e bevande

ai sensi della Legge Regionale n°62/2018 e successive modifiche e dell' art. 6 del Regolamento CE 852/04

di sola somministrazione di alimenti e bevande

di preparazione e somministrazione di alimenti e bevande

in occasione della manifestazione denominata: _____

A tal fine

DICHIARA:

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n°445, consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n°445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

DESCRIZIONE MANIFESTAZIONE

l'attività si svolge in:

luogo all'aperto

stand / strutture all'aperto

al chiuso

altro _____

ubicato in _____, località _____

Via/p.zza _____ n _____

nel periodo dal _____ al _____.

DESCRIZIONE AREA

l'area o il locale in cui verrà svolta l'attività di cui alla presente comunicazione è nella piena disponibilità del dichiarante in quanto:

proprietario

affittuario fino al _____ a seguito di _____

altro (specificarne il titolo) _____

- provvedimento di concessione del suolo pubblico (quando la manifestazione si svolge su area pubblica) n° _____ del _____
- richiesta di concessione di suolo pubblico (quando la manifestazione si svolge su area pubblica) presentata al comune in data _____, in attesa di risposta da parte dell'Ufficio competente

POSSESSO DEI REQUISITI MORALI

- **di possedere i requisiti di onorabilità previsti dalla legge regionale 62/2018;**

IN CASO SOCIETA', ASSOCIAZIONI, ENTI O ORGANISMI COLLETTIVI

→ OGNUNO DEI SOGGETTI con poteri di rappresentanza, nonché il Responsabile della somministrazione se diverso dai soggetti con poteri di rappresentanza, dovrà compilare l'**autocertificazione sul possesso dei requisiti morali**. (allegato 3)

POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

1° CASO: (non occorre una persona in possesso dei requisiti professionali per la somministrazione):

la manifestazione sopra indicata è a

- carattere religioso** **benefico** **politico**
- organizzata da soggetto di cui al decreto legislativo 4/12/1997, n°460**

(Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale)

2° CASO: (occorre una persona in possesso dei requisiti professionali per la somministrazione, previsti dalla legge regione toscana n. 62/2018):

la manifestazione sopra indicata **NON RIENTRA TRA QUELLE DI CUI AL CASO N°1 e pertanto**

- Il sottoscritto, già identificato quale titolare/legale rappresentante/presidente pro tempore della società / ditta individuale / ente / associazione / altro

- il responsabile incaricato di gestire l'attività di somministrazione:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita: Comune _____ (prov. _____) Stato _____

Residenza: Comune _____ (prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

DICHIARA

di accettare l'incarico di Responsabile della somministrazione e di essere in possesso del seguente requisito professionale previsto dalla L.R. 62/2018:

- REQUISITO N. 1** (avere frequentato con esito positivo un corso di formazione professionale relativo alla somministrazione di alimenti e bevande, come disciplinato dalla vigente normativa delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano)
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito
- REQUISITO N. 2** (avere esercitato in proprio, per almeno due anni nell'ultimo quinquennio, l'attività di somministrazione di alimenti e bevande o avere prestato la propria opera per almeno due anni nell'ultimo quinquennio, presso imprese esercenti l'attività nel settore della somministrazione di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato addetto alla somministrazione o all'amministrazione o in qualità di socio lavoratore di cooperativa o, se trattasi di coniuge, parente o affine, entro il terzo grado dell'imprenditore, in qualità di coadiutore familiare, comprovata dall'iscrizione all'INPS)
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito
- REQUISITO N. 3** (essere stato iscritto al REC di cui alla l. 426/1971, per attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande o alla sezione speciale del medesimo registro per la gestione di impresa turistica, salvo cancellazione dal medesimo registro, volontaria o per perdita dei requisiti)
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del presente requisito
- REQUISITO N. 4** (essere in possesso di un diploma di istituto di istruzione secondaria di secondo grado o di laurea aventi un indirizzo attinente alla materia dell'alimentazione o della somministrazione)
TITOLO DI STUDIO _____
DEL _____ ISTITUTO _____)

Rapolano Terme lì _____
(data)

(firma del responsabile della somministrazione)

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

La presente D.I.A. vale anche come notifica ai sensi del REG. CE 852/04 e pertanto

DICHIARA

- di rispettare tutte le vigenti norme in materia di preparazione, deposito e somministrazione di alimenti e bevande previste dalla normativa nazionale, dalla normativa regionale ed dal vigente Regolamento Comunale in materia di igiene degli alimenti e bevande (in particolare degli articoli 63, 64, 64.1, 64.2) di cui ha preso visione;
- di aver predisposto il Piano di autocontrollo ai sensi del D. Lgs. 155/1997, il quale è disponibile presso gli stand / locali ove avviene la preparazione / somministrazione e verrà applicato nell'esercizio dell'attività ;
- di essere in possesso di tutte le certificazioni di conformità degli impianti comunque installati in occasione della manifestazione;
- di rispettare, nell'esercizio dell'attività il vigente regolamento edilizio, le norme regionali e comunali in materia di sicurezza degli impianti ed igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro.
- di essere informato che la presente comunicazione non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell'avvio dell'attività;
- di impegnarsi a comunicare ogni successiva modifica a quanto sopra descritto;
- che l'attività opera nel rispetto delle vigenti normative per quanto riguarda le emissioni in atmosfera, lo smaltimento dei residui solidi e liquidi, l'approvvigionamento potabile;
- che l'attività non comporta l'impiego di macchinari o impianti rumorosi e pertanto saranno rispettati i limiti acustici previsti dalla normativa ed in particolare dal regolamento comunale sulle attività rumorose;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Le attrezzature descritte nella allegata relazione tecnica e planimetria saranno allestite dal giorno _____.

Allega alla presente comunicazione (allegati obbligatori):

1. Planimetria generale dell'area interessata dallo svolgimento della manifestazione (disposizione degli stands, locali, servizi, ecc.) e dei locali/stands dove avviene il deposito, la preparazione, la somministrazione dei prodotti alimentari, con indicazione della posizione delle attrezzature (frigoriferi, punti cottura, banchi lavoro, lavabi, ecc.) ed indicazione dei servizi igienici;
2. Relazione tecnica descrittiva di locali, impianti ed attrezzature e delle attività svolte redatta su modulo predisposto. (allegato 1);
3. Certificazione di conformità dell'impianto elettrico ai sensi del D.M. 37/08 ovvero dichiarazione sostitutiva che non viene installato alcun impianto elettrico;
4. Ricevuta del versamento dei diritti sanitari (allegato 2);
5. Programma della manifestazione;
6. Copia del documento di riconoscimento di tutti i dichiaranti.

Rapolano Terme li _____

(firma)

*Firma da apporre davanti all'impiegato
oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità*

DIRITTI SANITARI

Riferimento nuovo tariffario aggiornamento D.Lgs 32/2021

PAGAMENTO DI €. 20,00

Da versare con le seguenti modalità:

1. con bonifico bancario IBAN IT82J0760102800001037596861 specificando nella causale il Comune di riferimento e il nome dell'Associazione che presenta la SCIA.

Impresa: _____
codice Fiscale e/o _____ Partita IVA _____

Rapolano Terme Li _____

copia della ricevuta dell'avvenuto pagamento deve essere allegata alla documentazione inviata dal Comune competente alla sede della U.F. Igiene e Sanita' Pubblica

**Relazione tecnica relativa a locali, impianti ed attrezzature allegata alla denuncia
di inizio attività temporanea (N.1 COPIA PER OGNI LOCALE)**

1. DEPOSITO ALIMENTI

Superficie mq.	Altezza m.		
Finestre		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dotato di protezione anti-insetti alle finestre		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pavimento in materiale liscio e compatto		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	lavabile e disinfettabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	angoli pavimento (pareti arrotondati)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	con fognoli o canalette grigliate sifonate	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pareti in	materiale lavabile e disinfettabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	fino a mt.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	protezione degli angoli (paraspigoli)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lampade	con protezioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	a soffitto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	pendenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2. PREPARAZIONE E COTTURA ALIMENTI

Superficie mq.	Altezza m.		
Finestre		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dotato di protezione anti-insetti alle finestre		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pavimento in materiale liscio e compatto		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	lavabile e disinfettabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	angoli pavimento (pareti arrotondati)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	con fognoli o canalette grigliate sifonate	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pareti in	materiale lavabile e disinfettabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	fino a mt.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	protezione degli angoli (paraspigoli)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lampade	con protezioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	a soffitto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	pendenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

3. ZONA DI SOMMINISTRAZIONE

Superficie mq.

Caratteristiche

.....

.....

.....

Numero di addetti Numero massimo di posti a sedere

4. SERVIZI IGIENICI E SPOGLIATOI DESTINATI AL PERSONALE

In numero totale di

separati da quelli per il pubblico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
distinti per sesso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
accessibile a disabili (se solo per il personale)	<input type="checkbox"/> SI n.	<input type="checkbox"/> NO
docce	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pareti lavabili fino a mt.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Suddivisi in bagno ed antibagno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Porta a chiusura automatica (dell'antibagno)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lavello con erogatore a comando	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Spogliatoio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lo spogliatoio è ubicato	<input type="checkbox"/> nell'antibagno di mq	
	<input type="checkbox"/> in locale dedicato	
	<input type="checkbox"/> altro	
con rivestimento lavabile alle pareti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
attrezzato con n..... armadietti a doppio scomparto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

5. SERVIZI IGIENICI E SPOGLIATOI DESTINATI AL PUBBLICO

In numero totale di

separati da quelli per il pubblico

SI NO

distinti per sesso

SI NO

accessibile a disabili (se solo per il personale)

SI n. NO

docce

SI NO

Pareti lavabili fino a mt.....

SI NO

Suddivisi in bagno ed antibagno

SI NO

Porta a chiusura automatica (dell'antibagno)

SI NO

Lavello con erogatore a comando

SI NO

Spogliatoio

SI NO

Lo spogliatoio è ubicato nell'antibagno di mq

in locale dedicato

altro

con rivestimento lavabile alle pareti

SI NO

attrezzato con n..... armadietti a doppio scomparto

SI NO

6. SANIFICAZIONE / DISINFEZIONE

Esiste un piano di sanificazione

SI NO

Prodotti usati:

7. RIFIUTI SOLIDI E REFLUI

Presenza di locale dedicato

SI NO

Raccolta in contenitori con coperchio

SI NO

Dotati di comando di apertura a pedale

SI NO

8. APPROVVIGIONAMENTO IDRICO

Avviene tramite: pubblico acquedotto

SI NO

pozzo privato

SI NO

Presenza di depuratori d'acqua

SI NO

tipo

TIPOLOGIA DEGLI ALIMENTI PREPARATI E/O SOMMINISTRATI:

Data _____

Firma

*Firma da apporre davanti all'impiegato
oppure allegare fotocopia del documento
di riconoscimento in corso di validità*

DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI MORALI E ANTIMAFIA

Cognome _____ nome _____
C.F. _____ | data di nascita ___/___/___ cittadinanza _____
sesso: M F Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____
Comune _____
Residenza: Via/Piazza _____

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza, dalla Legge Regionale n°62/2018 e che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575” (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni previste dal DPR 445/2000.

Data _____ Firma _____

Allegare fotocopia del documento di identità

Cognome _____ nome _____
C.F. _____ | data di nascita ___/___/___ cittadinanza _____
sesso: M F
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____
Comune _____
Residenza: Via/Piazza _____

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza, dalla Legge Regionale n°62/18 e che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575” (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni previste dal DPR 445/2000.

Data _____ Firma _____

Allegare fotocopia del documento di identità

DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI MORALI E ANTIMAFIA

Cognome _____ nome _____
C.F. _____ | data di nascita ___/___/___ cittadinanza _____
sesso: M F Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____
Comune _____
Residenza: Via/Piazza _____

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza, dalla Legge Regionale n°62/2018 e che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575” (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni previste dal DPR 445/2000.

Data _____ Firma _____

Allegare fotocopia del documento di identità

Cognome _____ nome _____
C.F. _____ | data di nascita ___/___/___ cittadinanza _____
sesso: M F
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____
Comune _____
Residenza: Via/Piazza _____

DICHIARA

Di essere in possesso dei requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza, dalla Legge Regionale n°62/2018 e che non sussistono nei propri confronti “cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575” (antimafia).

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni previste dal DPR 445/2000.

Data _____ Firma _____

Allegare fotocopia del documento di identità