

Protocollo di arrivo	SPORTELLO UNICO PER LE ATTIVITA', PRODUTTIVE	Protocollo dello Sportello Pratica n° ____/____/____
Responsabile del Procedimento:		

Allo S.U.A.P. dell'Unione dei Comuni del Parteolla e del Basso Campidano

c/o Comune di:

**Barrali
Dolianova
Donori**

**Serdiana
Settimo San Pietro
Soleminis**

OGGETTO : Commercio su aree pubbliche Richiesta concessione posteggio in miglioria.

Il sottoscritto _____, nato a _____

(Prov. ____) il _____ C.F. _____ residente a _____

(Prov. ____) Via/Piazza/Corso _____ n° _____

in qualità di (*selezionare la voce che interessa*):

[] titolare di ditta individuale;

[] legale rappresentante della società _____;

con sede legale in _____ Via-Piazza _____

Tel. _____, Fax _____ E-mail _____,

Partita I.V.A. _____ Codice Fiscale _____

iscritta in data _____ al n° _____ del Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A.

di _____,

Concessionario del posteggio n° _____ (Atto n° _____ del _____)

VISTO il bando prot. n° 363 in data 16.1.2008

CHIEDE

che gli venga assegnato, in miglioria, il posteggio n° _____ del mercato sito nel Comune di Soleminis.

Ai fini di cui sopra il sottoscritto, 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 essere commerciante su area pubblica come da autorizzazione di tipo **B** [], **D** []
n° _____ rilasciata dalla Provincia di _____ in data
_____ per il settore merceologico :

Alimentare con /senza abilitazione alla somministrazione;

Non alimentare con la seguente specializzazione merceologica:
_____;

di essere commerciante su area pubblica come da autorizzazione di tipo **A** [], **B** []
n° _____ rilasciata dal Comune di _____ in data
_____ per il settore merceologico :

Alimentare con /senza abilitazione alla somministrazione;

Non alimentare con la seguente specializzazione merceologica:
_____;

Di avere nel proprio nucleo familiare un portatore di handicap;

Di avere n° _____ familiari a carico;

Dichiarano, infine, di essere informati, ai sensi del D.Lgs n°196/2003:

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo;
- che gli stessi saranno trattati dagli enti coinvolti per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio dell'autorizzazione finale.

Allega:

[] copia completa del proprio documento di riconoscimento, in corso di validità. in applicazione del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 art. 38

[] Altro: _____

Luogo

data

IL/LA DICHIARANTE

*Firma da apporre davanti all'impiegato
oppure allegare fotocopia del documento*