

DICHIARAZIONE REQUISITI OGGETTIVI**PER APERTURA NUOVA ATTIVITA' DI ACCONCIATORE MEDIANTE AFFITTO POLTRONA**

Il/La sottoscritto/a, come meglio identificato/a nella SCIA, consapevole delle responsabilità, anche penali, previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti, richiamate dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 ai sensi dell'articolo 46 e dell'articolo 47 dello stesso decreto

DICHIARA

Codice ATECO dell'attività prevalente	Descrizione ATECO dell'attività prevalente
Codice ATECO dell'attività secondaria	Descrizione ATECO dell'attività secondaria

Superficie concessa per l'attività di affitto di poltrona

mq

Tipologia impresa

- ☐ Di esercitare l'attività in forma di impresa artigiana (in tal caso il responsabile dell'attività produttiva deve coincidere con il titolare dell'esercizio ovvero con uno dei soci partecipanti al lavoro)
- ☐ Di esercitare l'attività in forma di impresa non artigiana

Responsabile tecnico (Requisito Professionale ai sensi dell'articolo 3 della Legge 17/08/2005, n. 174)

- ☐ di essere in possesso dell'abilitazione professionale di Acconciatore mediante attestato del superamento dell'esame tecnico pratico rilasciato (articolo 3, comma 1 della Legge 17/08/2005, n. 174)

In data	Nome dell'istituto	Comune
Provincia	Via/Piazza	

- ☐ di aver conseguito come cittadino di uno stato membro dell'UE la qualifica professionale per l'esercizio dell'attività di Acconciatore riconosciuta dal Ministero dello Sviluppo Economico con atto numero del
- ☐ di essere in possesso della qualifica professionale di Acconciatore rilasciata dalla commissione provinciale dell'artigianato di in data (articolo 6, comma 2 della Legge 17/08/2005, n. 174)

- ☐ che il responsabile tecnico designato in possesso dell'abilitazione professionale di Acconciatore è

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC ☐ CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

Il soggetto sopra specificato dovrà compilare e sottoscrivere la scheda "Accettazione dell'incarico di responsabile dell'attività di Acconciatore

☐ ulteriore responsabile tecnico in possesso dell'abilitazione professionale di Acconciatore

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

☐ ulteriore responsabile tecnico in possesso dell'abilitazione professionale di Acconciatore

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

Il/I soggetto/i sopra specificato/i dovrà/dovranno compilare e sottoscrivere la scheda "Accettazione dell'incarico di responsabile dell'attività di Acconciatore"

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ Accettazione dell'incarico di responsabile tecnico dell'attività di acconciatore

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata dal richiedente con firma digitale.

Qualora il dichiarante sia sprovvisto di firma digitale tutte le dichiarazioni sono sottoscritte con firma autografa, accompagnata da copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e dalla procura speciale, e il procuratore deve firmare digitalmente la comunicazione nonché tutti gli allegati.

Pomezia		
Luogo	Data	Il dichiarante