



MODULISTICA  
REGIONALE UNIFICATA

Allegato alla dichiarazione di

**SCHEDA 2**

C.F.

**REQUISITI MORALI E PROFESSIONALI PER LE ATTIVITÀ  
DI VENDITA E SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE**

**NOTA DI COMPILAZIONE:**

I requisiti morali devono essere posseduti e dichiarati da ciascuno dei seguenti soggetti: titolare o legale rappresentante, preposto o delegato se designato, ciascuno dei soci e degli amministratori in caso di società ai sensi dell'art. 2 D.P.R.

Il/la sottoscritto/a

2.1

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F.

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov.

Residenza Comune \_\_\_\_\_ Prov.

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P.

- TITOLARE DELL'ATTIVITÀ**
- LEGALE RAPPRESENTANTE** della società \_\_\_\_\_
- DELEGATO O PREPOSTO** dalla società \_\_\_\_\_
- in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- SOCIO**
- MEMBRO DELL'ORGANO DI AMMINISTRAZIONE**

**consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli Artt. 75 e 76 del DPR  
445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi.**

**DICHIARA**

**REQUISITI MORALI**

2.2

- Di essere in possesso dei seguenti requisiti morali cui agli articoli:
  - art. 5, commi 2 e 4 del D.Lgs. 114/98 (commercio in sede fissa)
  - art. 5 L.R. 30/03 (pubblici esercizi)
- 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" (Autocertificazione Antimafia)
- Di essere a conoscenza che per il commercio di determinati prodotti posti in vendita nell'esercizio vanno rispettate le relative norme speciali (art.26,c.3 del D.Lgs. 114/98)

**DICHIARA**

**REQUISITI PROFESSIONALI**

- Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

<input type="checkbox"/>	<b>COMMERCIO ALIMENTARE IN SEDE FISSA D.Lgs.114/98, ART. 5, c 5</b>	<b>2.3</b>
<input type="checkbox"/>	di aver frequentato con esito positivo il corso professionale per il commercio del settore alimentare nome dell'istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____	
<input type="checkbox"/>	di aver esercitato in proprio l'attività dei prodotti alimentari tipo di attività _____ n° iscrizione Registro Imprese _____ CCIAA di _____ n° REA _____ dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/>	di aver prestato la propria opera presso imprese esercenti l'attività di vendita di prodotti alimentari	
<input type="checkbox"/>	quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____	
<input type="checkbox"/>	quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS, dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____	
<input type="checkbox"/>	di aver conseguito le prescritte abilitazioni alla vendita (laddove necessarie) prova superata in data _____ presso _____	

<input type="checkbox"/>	<b>SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE - L.R. 30/03, art. 6</b>	<b>2.4</b>
<input type="checkbox"/>	aver frequentato con esito positivo il corso professionale per la somministrazione di alimenti e bevande riconosciuto dalla Regione _____ nome dell'Istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____	
<input type="checkbox"/>	di essere in possesso di diploma di scuola alberghiera o titolo equivalente nome dell'Istituto _____ sede _____ oggetto del corso _____ anno di conclusione _____	
<input type="checkbox"/>	di essere stato iscritto, nel quinquennio anteriore l'entrata in vigore della l.e. 30/03 al REC per la somministrazione di alimenti e bevande presso la CCIAA di _____ al N° _____ in data _____	
<input type="checkbox"/>	di avere prestato la propria opera, per almeno 2 anni nell'ultimo quinquennio, presso imprese esercenti la somministrazione al pubblico di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato addetto alla somministrazione o come coadiutore familiare	
<input type="checkbox"/>	quale dipendente qualificato, regolarmente iscritto all'INPS dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____	
<input type="checkbox"/>	quale collaboratore familiare, regolarmente iscritto all'INPS dal _____ al _____ nome impresa _____ sede impresa _____	

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_