

Da presentare a pena di irricevibilità nel periodo compreso tra il 60° ed il 180° giorno precedente la manifestazione - art. 13, c. 2, lett. a) del regolamento approvato con D.C.C. n. 223/2017 e smi-

Al Sindaco del COMUNE DI TERNI - Ufficio Commercio
VIA PEC: comune.terni@postacert.umbria.it

Marca Bollo € 16,00

Il Sig. _____, nato a _____ (Prov. _____)
il _____ Cittadinanza _____, Sesso M F e residente in
_____, Via _____ n. _____, tel. _____
in qualità di (**Presidente/ legale rappresentante p.t. ecc.**) _____
della (**Ditta individuale/Società**) _____ corrente in _____,
(Prov. _____), Via _____, n. _____, c.f./P.IVA n. _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria inerente ai posteggi destinati agli operatori aventi qualifica corrispondente alla propria, così come di seguito riportata, e riferita alla

FIERA DI SAN VALENTINO EDIZIONE

per la commercializzazione di prodotti ricompresi nel settore merceologico (**alimentare/non alimentare**) _____, e più precisamente di _____

A tal proposito, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili, penali ed amministrative nelle quali incorre chi rende dichiarazioni false e/o mendaci e/o comunque non veritiere (artt. 46, 47, 75 e 76, D.P.R. 445/2000 e smi)

DICHIARA

(completare barrando con x le circostanze che ricorrono)

di esercitare l'attività successivamente indicata in forza del titolo conseguentemente riportato:

- operatore su aree pubbliche** con titolo rilasciato dal Comune di _____
(Prov. _____), n. _____ del _____ **oppure** con SCIA
presentata al Comune di _____ (Prov. _____) in data
_____;
- produttore propri fondi** con titolo rilasciato dal Comune di _____
(Prov. _____), n. _____ del _____ **oppure** con
SCIA/comunicazione presentata al Comune di _____
(Prov. _____), in data _____;
- artigiano** con titolo rilasciato per il commercio su aree pubbliche dal Comune di
_____ (Prov. _____), n. _____ del _____
oppure con SCIA presentata al Comune di _____ (Prov. _____)
in data _____;

EVENTUALE – barrare con X e da compilare da parte dei soggetti riconosciuti disagiati ai sensi della L. 104/1992

- si chiede di essere inserito in graduatoria in relazione ai posteggi riservati ai soggetti riconosciuti disagiati ai sensi della L. 104/1992 e a tal proposito

DICHIARA

che rispetto alla documentazione medica acclusa non è intervenuto successivamente al rilascio alcun genere di provvedimento di annullamento, revoca o comunque di ritiro e che inoltre la stessa:

- non è soggetta a scadenza
 scadrà in data _____

CHIEDE

inoltre che, ai fini della redazione della graduatoria, vengano riconosciuti i punteggi conseguenti alle seguenti fattispecie:

1. **anzianità di esercizio nella fiera**, conteggiabile a far data dall'edizione 1994 della fiera in questione, come risultante agli atti dell'Amministrazione Comunale;
2. **maggiore professionalità** acquisita anche in modo discontinuo nell'esercizio della specifica attività per la quale si richiede la partecipazione, in conformità all'art. 13, c. 5 – b) - prog. 2, del regolamento comunale indicato in intestazione ed a tal fine, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili, penali ed amministrative nelle quali incorre chi rende dichiarazioni false e/o mendaci e/o comunque non veritiere (artt. 46, 47, 75 e 76, D.P.R. 445/2000 e smi)

DICHIARA

- a) di essere iscritto quale **IMPRESA ATTIVA** per l'esercizio del commercio su aree pubbliche nel Registro delle Imprese della CCIAA di _____
(oppure nel corrispondente Registro presso tale CCIAA nel caso di produttore agricolo o artigiano) per un totale di:

anni _____ /mesi _____ /giorni _____

- b) che a tale periodo va **sommata l'iscrizione del proprio DIRETTO DANTE CAUSA** ditta/società _____, cf/P.IVA _____
iscritta quale **IMPRESA ATTIVA** per l'esercizio del commercio su aree pubbliche nel Registro delle Imprese della CCIAA di _____
(oppure nel corrispondente Registro presso tale CCIAA nel caso di produttore agricolo o artigiano) per un totale di:

anni _____ /mesi _____ /giorni _____

DICHIARA E SI IMPEGNA

1. di essere a conoscenza del fatto che l'assegnazione del posteggio all'esito della graduatoria sarà possibile solo nel caso in cui ricorra la regolarità contributiva ai fini INPS ed INAIL dell'impresa;
2. all'esito positivo della procedura ad effettuare l'attività nell'assoluto rispetto di ogni limite, cautela, divieto o prescrizione di legge o di regolamento, ivi incluso quello di cui in intestazione;
3. che parteciperà a tale iniziativa:

- con utilizzo del veicolo tipo _____ targato _____, il quale rispetta ogni vigente **disposizione in materia di sicurezza ed in particolare quelle di carattere impiantistico ed antincendio;**

- senza utilizzare alcun veicolo.

- con un punto di cottura e preparazione cibi con utilizzo di GPL (barrare solo se ricorre il caso)

CIRCA I DATI RICHIESTI PER FATTURAZIONE ELETTRONICA
(rif. normativo legge 207/2017 - legge di bilancio 2018)

Si dichiara di voler ricevere le fatture elettroniche al seguente canale:
(*indicare una sola scelta*)

INDIRIZZO PEC:

CODICE DESTINATARIO:

CODICE DESTINATARIO:

In questo caso l'originale della fattura elettronica sarà disponibile sul sito dell'Agenzia delle Entrate, all'interno della sezione personale "fatture e corrispettivi"

N.B. Nel caso di mancata indicazione del canale di ricezione, le fatture saranno trasmesse al Codice "0000000". Una copia di cortesia sarà inviata in formato pdf.

SI IMPEGNA INOLTRE

a rispettare in ogni caso tutte le vigenti disposizioni in materia di sicurezza ed in particolare quelle di carattere impiantistico, antincendio, di igiene e sanità pubblica, riferite ai luoghi di lavoro, eccetera, incluse quelle di cui alle vigenti disposizioni comunali e del piano di sicurezza della/e manifestazione/i di cui sopra, della cui osservanza si dichiara esclusivo responsabile manlevando espressamente il comune di Terni da ogni conseguente responsabilità di qualsiasi tipo al riguardo.

Si allega:

- 1. copia proprio documento d'identità in corso di validità;**
- 2. (solo per i soggetti riconosciuti disagiati ai sensi della L. 104/1992) copia conseguente certificazione medica rilasciata da parte di _____ il _____.**

Luogo _____, data _____

Firma
