



## Comune di Cattolica

Provincia di Rimini <http://www.cattolica.net>  
P.IVA 00343840401 email:[info@cattolica.net](mailto:info@cattolica.net) FAX 0541 966793  
PEC: [protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it](mailto:protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it)  
SETTORE 3: ATTIVITA' ECONOMICHE  
Sportello Unico Attività Produttive

### ACCONCIATORI - ESTETISTI – S.C.I.A. - NUOVA APERTURA ai sensi dell'art. 19 della L. 241/90

Il termine di conclusione del procedimento (60 gg.) decorre dal ricevimento della segnalazione regolare e completa

Una copia della presente segnalazione certificata di inizio attività (S.C.I.A.) , con attestazione di ricevimento rilasciata da questo Comune, dovrà essere tenuta esposta nel locale.

Allo **SUAP**  
del Comune di CATTOLICA  
[protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it](mailto:protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it)  
Piazzale Roosevelt, 7  
47841 CATTOLICA

#### il/la sottoscritto/a:

Cognome  Nome

Luogo di nascita  Stato

data di nascita  - sesso  - cittadinanza

codice fiscale

#### residenza:

Comune  Via/Piazza

n.  c.a.p.  - telefono  fax

e-mail

#### in qualità di:

impresa individuale

legale rappresentante della società

con sede legale in  Via/Piazza

n.  c.a.p.  - C.F.

#### RIQUADRO A Attività di

ACCONCIATURA

ESTETISTA

Locale ubicato in Via  n.

- superficie destinata all'attività mq.  .

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.19 della L. n.241/90 e s.m.i.

## SEGNALA la NUOVA APERTURA nel locale di cui al riquadro A

Gli allegati per la presente segnalazione sono quelli di cui ai n.1 e 4; in caso di società anche allegati di cui ai n. 2 e 3;.

(barrare le caselle che interessano)

### COMUNICA

il seguente orario di attività nel locale di cui al riquadro A:

PERIODO: \*

Giorni	Apertura ore	Chiusura ore	Apertura ore	Chiusura ore
Lunedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Martedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mercoledì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giovedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Venerdì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sabato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domenica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Oppure

Tutti i giorni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PERIODO: \*

Giorni	Apertura ore	Chiusura ore	Apertura ore	Chiusura ore
Lunedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Martedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mercoledì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giovedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Venerdì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sabato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domenica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Oppure

Tutti i giorni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**N.B.:** Gli orari di attività Possono essere effettuati orari diversificati o anche ridotti secondo i giorni della settimana, all'interno della fascia oraria dalle ore 8,00 alle ore 22,00 e per un massimo di 12 ore giornaliere (con un facoltativo intervallo).

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR suddetto,

### DICHIARA

- di avere la disponibilità dei locali sede dell'attività;
- di aver preso visione e di essere a conoscenza di quanto previsto dal "Regolamento per l'esercizio delle attività di Acconciatura ed Estetista", per la parte ancora non decaduta a seguito

## delle intervenute modifiche legislative in materia;

### "ART. 15 – REQUISITI DEI LOCALI"

I locali destinati all'esercizio di tali attività debbono avere requisiti di altezza, aerazione e illuminazione conformi a quanto stabilito dal regolamento di igiene comunale in relazione alla destinazione d'uso dei locali stessi.

I locali destinati all'esercizio dell'attività di acconciatura e quelli destinati all'attività di estetista debbono avere una superficie minima di 20 mq., essere dotati di lavandini fissi di maiolica o materiale similare e acqua corrente potabile, calda e fredda, per l'uso diretto dei clienti e per la pulizia delle attrezzature consentite.

Nei locali a uso dell'esercizio e in quelli accessori, i pavimenti e le pareti fino all'altezza di due metri dovranno essere rivestiti di materiali lavabili.

Ogni nuovo esercizio deve essere dotato di servizi igienici, composti di bagno e antibagno: uno per negozi di dimensioni comprese entro 80 mq di superficie, due per negozi di dimensioni superiori a 80 mq di superficie (calcolando a questo scopo la superficie destinata esclusivamente all'attività). I pavimenti e le pareti dei suddetti servizi igienici devono essere piastrellati in maniera da risultare lavabili e disinfettabili fino all'altezza di due metri; l'antibagno deve essere dotato di lavandino fornito di acqua potabile, calda e fredda, rubinetteria con comando a pedale o a fotocellula, sapone liquido e asciugamani a perdere.

E' ammessa la ventilazione artificiale, sia del bagno sia dell'antibagno, alle condizioni previste dalle vigenti norme di igiene."

- che **non sussistono** nei propri confronti e – in caso di società – nei confronti della suddetta società cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. n.159 del 6.9.2011 (**ANTIMAFIA**) (In caso di società, tutte le altre persone di cui al DPR n.252/98, compilano l'**ALLEGATO - LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I**);
- che l'attività viene altresì esercitata nel rispetto delle vigenti norme edilizie, urbanistiche ed impiantistiche, igienico-sanitarie, ivi comprese quelle relative alla destinazione d'uso;
- di non avere in corso procedure concorsuali e/o fallimentari e di non essere stato interdetto o inabilitato;
- di garantire sempre la presenza nell'esercizio della persona in possesso dei requisiti professionali o, in caso di sua assenza, la presenza di altra persona in possesso di tali requisiti;
- (**barrare la casella nel caso di attività di estetista**)  
 - che le apparecchiature utilizzate nell'attività di estetista sono conformi alla Legge 4.1.1990 n.1;

- l'approvvigionamento idrico è garantito a mezzo di acquedotto pubblico;  
- la modalità di smaltimento degli scarichi e delle acque usate avviene tramite la fognatura comunale;  
- l'attività ha carattere:  
 - stagionale estivo  
 - annuale

## REQUISITI PROFESSIONALI (barrare la casella che interessa)

### IMPRESA INDIVIDUALE:

- Di essere in possesso del requisito professionale per lo svolgimento dell'attività di [ ] e di non essere stato nominato Responsabile Tecnico in altro locale (compilare l'**ALLEGATO REQUISITI PROFESSIONALI**);

oppure

- di aver nominato come Responsabile Tecnico il Sig.: Cognome [ ] Nome [ ] (il Responsabile Tecnico deve compilare l'**ALLEGATO REQUISITI PROFESSIONALI**);

- **SOCIETA' ARTIGIANA**. Che il/i socio/i in possesso dei requisiti professionali è/sono:

- Cognome [ ] Nome [ ],  
nato a [ ] il [ ] residente in [ ]  
Via [ ] n. [ ] C.F. [ ]  
(compilare l'**ALLEGATO REQUISITI PROFESSIONALI**);

- Cognome [ ] Nome [ ]

nato a  il   
residente in  Via   
n.  C.F.  (compilare l'ALLEGATO REQUISITI PROFESSIONALI) ;

- **SOCIETA' NON ARTIGIANA**. Di aver nominato come Responsabile Tecnico il Sig.:

- Cognome  Nome  ,  
(il Responsabile Tecnico deve compilare l'ALLEGATO REQUISITI PROFESSIONALI);

*Ai soli fini della presente segnalazione, ai sensi dell'art.4 del D.P.R. n.227/2011  
(semplificazione della dichiarazione in materia di impatto acustico  
DICHIARA di aver rispettato – relativamente al locale dell'esercizio:*

le norme in materia di inquinamento acustico (L.R. n.15/01 e D.G.R. n.673/04).

Oppure I\_I di non utilizzare macchinari o impianti rumorosi ovvero di non indurre aumenti significativi dei flussi di traffico.;

Il/la sottoscritto/a, per il solo inoltro, delega:

– l'Associazione / Sig.  - Tel.   
e-mail/Pec

Recapito a cui effettuare ogni necessaria comunicazione:

Associazione / Sig.  - Tel.   
e-mail/Pec

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.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.

**Data**  **Firma** \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

- 1) Copia fotostatica di un documento d'identità, in corso di validità, ed in caso di cittadino extracomunitario fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità;
- 2) Dichiarazioni antimafia (in caso di società);
- 3) In caso di società atto sostitutivo di notorietà concernente l'assetto societario;
- 4)

Asseverazione su apposita modulistica ed elaborato grafico in scala 1:100 (con data non anteriore di tre mesi rispetto a quella di presentazione della S.C.I.A.) - firmata da un tecnico abilitato ed atta alla completa rappresentazione delle caratteristiche strutturali (dimensioni, rapporti illuminanti, rapporti aeranti) e funzionali (destinazione d'uso e suddivisione in settori dei locali, posizionamento di impianti tecnologici) di tutti i locali;

**INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY**

I dati riportati sulla presente modulistica saranno trattati e resi accessibili nei limiti e con le modalità previste dalle Leggi in materia;- Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente della Sportello Unico Attività Produttive presso la quale i dati sono archiviati - I diritti dell'interessato sono garantiti dal D.Lgs. n.196/03.

**Art. 8 Legge n.241/90**

Lo SUAP del Comune di Cattolica ha sede in Piazzale Roosevelt 7 - E mail : suap@cattolica.net – C.F./P.Iva 00343840401 - Tel.0541 96667/8/6 - Fax 0541 966793

Responsabile del procedimento è il Coordinatore Suap Dott.Simone Lombardi

L'autorità alla quale ricorrere, nel caso di cui all'art.2, comma 4/bis, della L. 241/90 e s.m.i. è il TAR per l'Emilia-Romagna. Contro il provvedimento finale può essere proposto ricorso presso lo stesso TAR E.R. entro 60 giorni o, in alternativa, ricorso straordinario al Capo dello Stato, entro 120 giorni, entrambi decorrenti dalla data di ricevimento del medesimo provvedimento finale.

**ALLEGATO REQUISITI PROFESSIONALI**

Il/la sottoscritto/a: Cognome e Nome [\_\_\_\_\_] ,  
nato a [\_\_\_\_\_] il [\_\_\_\_\_] , residente in [\_\_\_\_\_] ,  
Via [\_\_\_\_\_] n. [\_\_\_\_\_] - cittadino [\_\_\_\_\_] ,  
C.F. [\_\_\_\_\_] - in qualità di

- impresa individuale;  
 - socio della società artigiana [\_\_\_\_\_] ;  
 - responsabile tecnico nominato dall'impresa [\_\_\_\_\_] ;

ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR suddetto,

***DICHIARA***

- di non essere Responsabile Tecnico in altro locale;  
- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. n.159 del 6.9.2011 (ANTIMAFIA);

- di trovarsi in **una** delle seguenti condizioni:

1) essere in possesso di certificato prot. n. [\_\_\_\_\_] del [\_\_\_\_\_] , rilasciato da:

- Commissione Provinciale per l'Artigianato di [\_\_\_\_\_] ;  
 Regione Emilia-Romagna  
 altra Pubblica Amministrazione competente (indicare quale) [\_\_\_\_\_] ,  
attestante il possesso della qualifica professionale per lo svolgimento dell'attività di [\_\_\_\_\_] ;

***oppure***

(solo per attività di **ACCONCIATURA**)

2)  essere in possesso di attestato di formazione professionale (per la Regione E.R. occorre il possesso di certificato di qualifica professionale e la scheda capacità-conoscenze oppure certificato di qualifica professionale di cui alla D.G.R. n.1566/2012) – a seguito di superamento di un esame tecnico pratico –

costituente titolo per l'abilitazione all'esercizio dell'attività in forma autonoma, rilasciato/i da \_\_\_\_\_ (Ente accreditato o autorizzato da Regioni e/o Province) con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;

3)  essere stato titolare di un esercizio di barbiere, di parrucchiere o mestiere affine, iscritto all'Albo delle Imprese Artigiane;

**N.B.:** a seguito dell'abrogazione dell'art.2 L. n.161/63, ai sensi del D.Lgs. n.147/12, i requisiti di cui ai successivi punti 4) e 5) possono essere fatti valere esclusivamente da chi ha completato, entro e non oltre il **13.9.2012**, il relativo percorso lavorativo.

4)  avere prestato la propria opera professionale qualificata come dipendente o collaboratore, per almeno due anni, anche non continuativi, dalla data di inizio dell'attività dell'impresa e/o dell'attività lavorativa, presso imprese esercenti l'attività di acconciatura:

nome impresa	sede impresa	dal	al
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5)  avere svolto l'apprendistato per il periodo previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (attualmente fissato in 5 anni, ridotti a 4 anni e 6 mesi se si è in possesso di titolo di studio post-obbligo) ed essere stato qualificato acconciatore (inquadramento almeno al 3° livello del CCNL di settore):

nome impresa	sede impresa	dal	al
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**N.B.:** In caso di percorsi formativi svolti fuori dall'Italia, ai sensi del D.Lgs. n.206/07, occorre ottenerne il riconoscimento da parte del Ministero dello Sviluppo Economico.

***oppure***

(solo per attività di **ESTETISTA**)

6)  essere in possesso di attestato di formazione professionale costituente titolo per l'abilitazione all'esercizio dell'attività in forma autonoma, rilasciato da \_\_\_\_\_ (Ente accreditato o autorizzato da Regioni e/o Province) con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, a seguito di:

- superamento di un esame teorico pratico o
- corso di riqualificazione professionale o
- conseguito entro il 20.1.1990;

7)  essere stato titolare, socio o responsabile tecnico di impresa per lo svolgimento di attività considerate mestieri affini, ai sensi dell'art.1 della L. n.161/63 sostituito dall'art.1 della L. n.1142/70, per due anni entro il **20.1.1990:**

nome impresa	sede impresa	dal	al
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8)  di essere stato dipendente di imprese per lo svolgimento di attività considerate mestieri affini, ai sensi dell'art.1 della L. n.161/63 sostituito dall'art.1 della L. n.1142/70 o studi medici specializzati per tre anni, nell'arco dei cinque antecedenti il **20.1.1990:**

nome impresa	sede impresa	dal	al
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**N.B.:** In caso di percorsi formativi svolti fuori dall'Italia, ai sensi del D.Lgs. n.206/07, occorre ottenerne il riconoscimento da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.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.

Data  Firma

Allegare: copia fotostatica di un documento d'identità, in corso di validità.

### **ALLEGATO n.2 – LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I**

Nel caso di società, la dichiarazione per l'accertamento antimafia va fatta e sottoscritta, allegando copia di un documento d'identità, anche da: SNC tutti i soci - SAS il/i socio/i accomandatario/i - SPA e SRL l'amministratore unico oppure il presidente ed i vari consiglieri:

il/la sottoscritto/a: Cognome e Nome ,

nato a  il ,

residente in  Via

n.  - cittadino  in qualità di

della società

con sede legale in  Via

n.

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR suddetto,

**DICHIARA**

che non sussistono nei propri confronti e nei confronti della suddetta società cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. n.159 del 6.9.2011 (ANTIMAFIA).

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.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.

Data  Firma

Allegare: copia fotostatica di un documento d'identità, in corso di validità.

### **ALLEGATO n.2 – LEGALE/I RAPPRESENTANTE/I**

Nel caso di società, la dichiarazione per l'accertamento antimafia va fatta e sottoscritta, allegando copia di un documento d'identità, anche da: SNC tutti i soci - SAS il/i socio/i accomandatario/i - SPA e SRL l'amministratore unico oppure il presidente ed i vari consiglieri:

il/la sottoscritto/a: Cognome e Nome ,

nato a  il

residente in  Via

n.  - cittadino  in qualità di

		della società		
con sede legale in			Via	
n.				
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR suddetto,				
<b>DICHIARA</b>				
che non sussistono nei propri confronti e nei confronti della suddetta società cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. n.159 del 6.9.2011(ANTIMAFIA).				
Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.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.				
<b>Data</b>		<b>Firma</b>		
Allegare: copia fotostatica di un documento d'identità, in corso di validità.				
<b>ASSEVERAZIONE del TECNICO ABILITATO</b>				

**Il/la sottoscritto/a:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ nato a:

il Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Residenza**

Comune: \_\_\_\_\_ Via/Piazza: \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-mail / P.E.C. \_\_\_\_\_

**in qualità di tecnico libero professionista abilitato** che agisce in nome e per conto dell'impresa:

con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_ -nell'ambito del **procedimento**

per l'**attività** di \_\_\_\_\_

- riguardante l'unità immobiliare sottoindicata.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR suddetto,

**DICHIARA**

<b>DESTINAZIONE d'USO dell'UNITA' IMMOBILIARE (U.I.)</b>
Sita in Cattolica in Via _____ n. _____
L'attività di _____ (oggetto di richiesta / segnalazione da parte
dell'impresa suindicata) è conforme alla destinazione d'uso legittima e/o legittimata dell'Unità Immobiliare.
<b>DATI CATASTALI</b>
Catasto fabbricati: foglio _____, mapp. _____, sub. _____, categoria catastale _____

<b>ATTI LEGITTIMANTI lo stato di fatto della U.I.</b>
- L'immobile sopra identificato ha le seguenti caratteristiche:

<input type="checkbox"/> zonizzazione dell'immobile con riferimento alle N.T.A. (PRG / RUE / PSC):
–
- lo stato di fatto e la destinazione urbanistica degli immobili sopra identificati sono conformi a:
<input type="checkbox"/> licenza edilizia n. _____ del _____;
<input type="checkbox"/> concessione edilizia n. _____ del _____ ;
<input type="checkbox"/> permesso di costruire n. _____ del _____ ;
<input type="checkbox"/> denuncia di inizio attività n. _____ del _____ ;
<input type="checkbox"/> altro _____ ;

<b>DATI AGIBILITA' riferiti alla U.I.</b>
<input type="checkbox"/> Certificato di agibilità n. _____ del _____;
<input type="checkbox"/> Agibilità formatasi per silenzio assenso in data _____, a seguito di istanza Prot. del _____ ;
<input type="checkbox"/> trattasi di immobile edificato in epoca prebellica, che non ha subito fino ad oggi interventi comportanti l'aumento di volume, di superficie utile o il mutamento della destinazione d'uso;
<input type="checkbox"/> concessione edilizia in sanatoria n. _____ del _____ , completa della documentazione necessaria ai fini dell'agibilità;
<input type="checkbox"/> in corso domanda di condono edilizio REG. n. _____ ;
<input type="checkbox"/> dichiarazione di conformità del professionista nei casi in cui l'Unità Immobiliare è stata sottoposta agli interventi di cui all'art. 21, comma 4, della L.R. 31/2002, resa in data _____, attestata ai fini dell'agibilità dal competente ufficio comunale con timbro n. _____ del _____;
<input type="checkbox"/> dichiarazione avente valore di certificazione provvisoria ai sensi dell'art.22, comma 7/bis, della L.R. n.31/2002, resa in data e ricevuta dal competente ufficio comunale con timbro n. _____ del _____ .

<b>SUPERFICIE:</b>
- vendita / somministrazione / altra attività mq. _____
– a servizi mq.

- le apparecchiature / macchinari da installarsi per l'esercizio dell'attività non comprometteranno la stabilità dell'edificio;  
- che lo stato di fatto dell'unità immobiliare suddetta è corrispondente all'elaborato grafico rappresentata nel file allegato alla presente e firmato digitalmente;

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Allegare copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità ed **elaborato grafico** con sviluppo planimetrico come di seguito indicato.

**N.B.:**

- L'elaborato grafico è da redigersi in scala 1:100, con sviluppo planimetrico in scala 1:500 o 1:1200 nella quale siano riportate tutte le quote che consentono il dimensionamento di tutti i locali.
- In assenza di integrale compilazione, la presente autocertificazione è ritenuta irregolare e quindi la pratica risulterà priva del requisito di completezza .

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

I dati riportati sulla presente modulistica saranno trattati e resi accessibili nei limiti e con le modalità previste dalle Leggi in materia; gli stessi devono essere resi obbligatoriamente in quanto parte integrante della modulistica predisposta . La mancata compilazione di alcune parti di detta modulistica comporta, la sospensione dell'istanza fino al completamento della stessa – Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente dello Suap presso la quale i dati sono archiviati - I diritti dell'interessato sono garantiti dal D.Lgs. n.196/03.

• • •

*Art. 8 Legge n.241/90*

Lo Sportello Unico per le Attività Produttive del Comune di Cattolica ha sede in Piazzale Roosevelt 7 - E mail :suap@cattolica.net –

C.F./P.Iva 00343840401 - Tel.0541 966667/8/6 - Fax 0541 966793