

**Amministrazione destinataria**

Comune di Loreto

**Ufficio destinatario****SCIA:**

- ☐ SCIA avvio  
☐ SCIA trasferimento di sede

**SCIA CONDIZIONATA:**

- ☐ SCIA o SCIA UNICA avvio + altre domande per acquisire atti d'assenso  
☐ SCIA o SCIA UNICA trasferimento di sede + altre domande per acquisire atti d'assenso

## Segnalazione certificata di inizio attività per l'esercizio dell'attività di acconciatore o estetista

(Sezione I, Tabella A del Decreto legislativo 25/11/2016, n. 222)

**Il sottoscritto**

|                    |                |                             |                  |                               |              |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------|--------------|
| 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 |              |

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

|                                                           |                               |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Ruolo                                                     |                               |
| Denominazione/Ragione sociale                             | Tipologia                     |
| Sede legale                                               |                               |
| Provincia                                                 | Comune                        |
| Indirizzo                                                 | Civico                        |
|                                                           | Barrato                       |
|                                                           | Interno                       |
|                                                           | Scala                         |
|                                                           | Piano                         |
|                                                           | SNC                           |
|                                                           | CAP                           |
| Codice Fiscale                                            | Partita IVA                   |
| Telefono                                                  | Posta elettronica ordinaria   |
|                                                           | Posta elettronica certificata |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio  | Provincia                     |
|                                                           | Numero Iscrizione             |
| Iscrizione al Repertorio Economico e Amministrativo (REA) | Provincia                     |
|                                                           | Numero iscrizione             |

## domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

### in relazione all'attività

#### Classificazione

- ☐ acconciatore
- ☐ estetista

### con sede operativa in

(in caso di trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale inserire la nuova sede operativa)

|                                        |           |           |        |            |            |           |        |     |     |  |
|----------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------|-----|-----|--|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura |     |     |  |
| Provincia                              | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano  | SNC | CAP |  |

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

### SEGNALA

- ☐ l'avvio dell'attività
- ☐ la modifica di una attività esistente, riguardante il trasferimento della sede operativa all'interno del territorio comunale

### in precedenza avviata tramite

|                                                                |            |      |                     |
|----------------------------------------------------------------|------------|------|---------------------|
| Titolo autorizzativo                                           | Protocollo | Data | Ente di riferimento |
| <input type="radio"/> autorizzazione, concessione o nulla osta |            |      |                     |
| <input type="radio"/> SCIA o comunicazione                     |            |      |                     |
| <input type="radio"/> altro (specificare)                      |            |      |                     |

### 1 - avvio dell'attività

#### Superficie dell'attività

|                                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
| superficie complessiva del locale                         | m <sup>2</sup> |
| superficie del locale adibita all'esercizio dell'attività | m <sup>2</sup> |

#### Esercizio collocato in centro commerciale

- ☐ sì \_\_\_\_\_ denominazione
- ☐ no

#### Attività esercitata

- ☐ unica o prevalente
- ☐ svolta congiuntamente all'attività di

|                                                                              |        |      |                     |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|------|---------------------|
| In precedenza avviata con titolo autorizzativo                               | Numero | Data | Ente di riferimento |
| <input type="radio"/> ottenimento autorizzazione                             |        |      |                     |
| <input type="radio"/> presentazione SCIA/DIAP                                |        |      |                     |
| <input type="radio"/> altro (specificare indicando gli estremi, se previsti) |        |      |                     |

### 2 - trasferimento della sede operativa

#### Collocazione precedente

|                                        |           |           |        |            |            |           |        |     |     |  |
|----------------------------------------|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------|-----|-----|--|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura |     |     |  |
| Provincia                              | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano  | SNC | CAP |  |

| Esercizio collocato in centro commerciale |               |
|-------------------------------------------|---------------|
| <input type="radio"/> si                  | denominazione |
| <input type="radio"/> no                  |               |
| Nuova collocazione                        |               |
| Esercizio collocato in centro commerciale |               |
| <input type="radio"/> si                  | denominazione |
| <input type="radio"/> no                  |               |

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e Codice Penale), sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

- ☒ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159, " *Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia* ")
- ☒ di aver rispettato i regolamenti di igiene e sanità, la conformità degli arredi e delle attrezzature a quanto previsto dalle normative di riferimento in ordine ai requisiti di sicurezza o, se presente, il regolamento comunale per la disciplina dell'attività di acconciatore e/o estetista
- ☒ di aver rispettato le norme sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, le norme edilizie, urbanistiche e quelle relative alla destinazione d'uso, la normativa vigente in materia ambientale
- ☒ di consentire i controlli nei locali da parte delle autorità competenti nel caso in cui l'esercizio dell'attività venga svolto presso la propria abitazione
- ☒ di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato

#### **Nel caso di esercizio di attività di acconciatore (articolo 3 e articolo 6, comma 2 della Legge 17/08/2005, n. 174):**

(da compilare in caso di avvio dell'attività)

| <input type="radio"/> di essere responsabile tecnico e                                                                                                                                                              |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|--|--|---------------|-------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> di essere in possesso dell'abilitazione professionale (articolo 3 della Legge 17/08/2005, n. 174), rilasciata da                                                                           |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th>Nome dell'istituto</th> <th>Sede dell'istituto</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Data rilascio</th> <th>Numero atto</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Nome dell'istituto               | Sede dell'istituto |  |  | Data rilascio | Numero atto |  |  |
| Nome dell'istituto                                                                                                                                                                                                  | Sede dell'istituto               |                    |  |  |               |             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| Data rilascio                                                                                                                                                                                                       | Numero atto                      |                    |  |  |               |             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| <input type="checkbox"/> di essere in possesso di qualifica di acconciatore o di parrucchiere, per uomo o per donna, prevista dalla legge (articolo 6, comma 2 della Legge 17/08/2005, n. 174), rilasciata da       |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th>Nome dell'istituto</th> <th>Sede</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Data rilascio</th> <th>Numero atto</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>               | Nome dell'istituto               | Sede               |  |  | Data rilascio | Numero atto |  |  |
| Nome dell'istituto                                                                                                                                                                                                  | Sede                             |                    |  |  |               |             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| Data rilascio                                                                                                                                                                                                       | Numero atto                      |                    |  |  |               |             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| <input type="checkbox"/> di aver conseguito la qualifica professionale all'estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall'autorità competente                                                                   |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th>Numero decreto</th> <th>Data decreto</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                 | Numero decreto                   | Data decreto       |  |  |               |             |  |  |
| Numero decreto                                                                                                                                                                                                      | Data decreto                     |                    |  |  |               |             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare)                                                                                                                                                                        |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th>Altra abilitazione professionale</th> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>                                                                                                               | Altra abilitazione professionale |                    |  |  |               |             |  |  |
| Altra abilitazione professionale                                                                                                                                                                                    |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                    |  |  |               |             |  |  |

#### OPPURE

- ☐ che il responsabile tecnico è il soggetto che possiede l'abilitazione professionale prevista, come dichiarato in Allegato C

**Nel caso di esercizio di attività di estetista (articolo 3 e articolo 8 della Legge 04/01/1990, n. 1):**

(da compilare in caso di avvio dell'attività)

☐ di essere responsabile tecnico e

☐ di essere in possesso della qualificazione professionale di estetista, rilasciata da

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Nome dell'istituto | Sede dell'istituto |
|                    |                    |
| Data rilascio      | Numero atto        |
|                    |                    |

☐ di essere in possesso dell'abilitazione professionale di estetista, conseguita alla data di entrata in vigore della Legge 04/01/1990, n. 1 in quanto

☐ per almeno 2 anni

|        |         |            |
|--------|---------|------------|
| Titolo | Impresa | Numero REA |
|        |         |            |

☐ per almeno tre anni nel quinquennio precedente la data di entrata in vigore della Legge 04/01/1990, n. 1, dipendente dell'impresa e/o dello studio medico specializzato

|               |     |    |
|---------------|-----|----|
| Denominazione | Dal | Al |
|               |     |    |

☐ di essere in possesso di attestato di frequenza del corso regionale rilasciato da

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Nome dell'istituto | Sede dell'istituto |
|                    |                    |
| Data rilascio      | Numero atto        |
|                    |                    |

☐ di essere in possesso di attestato attestato/diploma di frequenza di scuole professionali autorizzate/riconosciute rilasciato da

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Nome dell'istituto | Sede dell'istituto |
|                    |                    |
| Data rilascio      | Numero atto        |
|                    |                    |

☐ di aver conseguito la qualifica professionale all'estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall'autorità competente

|                |              |
|----------------|--------------|
| Numero decreto | Data decreto |
|                |              |

☐ altro (specificare)

|                                  |
|----------------------------------|
| Altra abilitazione professionale |
|                                  |

**OPPURE**

☐ che il responsabile tecnico è il soggetto che possiede l'abilitazione professionale prevista, come dichiarato in Allegato D

### possesso dei requisiti soggettivi morali per l'esercizio dell'attività

(da compilare in caso di avvio dell'attività)

#### Soggetti tenuti alla dichiarazione dei requisiti morali

- ☐ unico soggetto tenuto a presentare la dichiarazione del possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 03/06/1998, n. 252
- ☐ oltre al sottoscrittore ci sono altri soggetti tenuti a presentare la dichiarazione di possesso dei requisiti morali per l'esercizio dell'attività

(compilare il modulo "dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)")

### scarichi idrici

#### Assoggettabilità al possesso dell'autorizzazione per scarichi idrici

- ☐ l'attività non richiede il possesso di autorizzazione allo scarico
- ☐ l'attività richiede il possesso di autorizzazione allo scarico  
(nel caso di attività di acconciatore con consumo idrico giornaliero superiore a 1 m<sup>3</sup> al momento di massima attività)

- ☐ ha ottenuto Autorizzazione Unica Ambientale (AUA)

| Numero | Data |
|--------|------|
|        |      |

- ☐ ha chiesto il rilascio di Autorizzazione Unica Ambientale (AUA)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come "SCIA CONDIZIONATA")

| Protocollo | Data |
|------------|------|
|            |      |

- ☐ presenta separatamente la documentazione per la domanda di Autorizzazione Unica Ambientale (AUA)

(in questo caso la presente SCIA sarà considerata come "SCIA CONDIZIONATA")

- ☐ SCIA
- ☐ SCIA CONDIZIONATA (SCIA o SCIA unica + richiesta di autorizzazione):

Il/la sottoscritto/a presenta richiesta di acquisizione, da parte dell'Amministrazione, delle autorizzazioni indicate nel quadro riepilogativo allegato.

Il/la sottoscritto/a è consapevole di non poter iniziare l'attività fino al rilascio dei relativi atti di assenso, che verrà comunicato dallo Sportello Unico.

**Attenzione:** qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

☐ **referente per la pratica**

|                    |                |                               |
|--------------------|----------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale                |
|                    |                |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita              |
|                    |                |                               |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria   |
|                    |                |                               |
|                    |                | Posta elettronica certificata |
|                    |                |                               |

**Elenco degli allegati**

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

- ☐ dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A)
  - ☐ dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile tecnico in caso di attività di acconciatore (Allegato C)
  - ☐ dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile tecnico in caso di attività di estetista (Allegato D)
  - ☐ dichiarazione di accettazione del responsabile tecnico
  - ☒ planimetria quotata dei locali in scala minima 1:100 con layout superfici di vendita, attrezzature, arredi
  - ☒ relazione descrittiva delle caratteristiche dei locali medesimi, della loro localizzazione e attrezzatura utilizzata per il servizio
  - ☐ ulteriori immobili oggetto del procedimento
  - ☐ copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
  - ☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
  - ☐ ricevuta di pagamento diritti sanitari
  - ☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
  - ☐ altri allegati *(specificare)*
- DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE PRESENTATE CONTESTUALMENTE ALLA SCIA O ALLA SCIA UNICA**
- ☐ documentazione per il rilascio dell'autorizzazione per l'installazione di mezzi pubblicitari
  - ☐ pagamento dell'imposta di bollo

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Loreto

Luogo

Data

il dichiarante