Allo **Sportello Unico Attività Produttive** del

Comune di _____

SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITÀ

ATTIVITA'DI ACCONCIATORE/ESTETISTA

AFFIDO DI POLTRONA PER ACCONCIATORE O CABINA PER ESTETISTA

Il sottoscritto, Cognome: _____ Nome: _____

1. Dati azienda e rappresentante legale, ubicazione intervento, dati catastali:

Le informazioni sull'anagrafica dell'azienda, la localizzazione dell'intervento ed i dati catastali, vengono inserite, in fase di compilazione alla pratica, nelle schermate relative al soggetto richiedente e sono disponibili nel "Modello di riepilogo" della pratica.

DICHIARA

di rendere tutte le dichiarazioni contenute nella presente ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del citato decreto e a conoscenza che, ai sensi dell'articolo 75 del medesimo decreto, qualora, dal controllo delle dichiarazioni qui rese, emerga la non veridicità delle stesse, decadrà dai benefici della presente dichiarazione ed incorrerà nelle sanzioni penali.

SEGNALA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e succ. mod. e in applicazione delle Leggi n.174/2005 e n.1/1990, del Decreto legislativo n.59/2010 e della Circolare del Ministero dello Sviluppo Economico n. 16361 del 31.01.2014

☐ A – AFFIDO POLTRONA/CABINA ☐ B – VARIAZIONI AFFIDO ☐ C – CESSAZIONE AFFIDO

(QUADRO A)

L'AFFIDO DI POLTRONA O CABINA

Il Sottoscritto dichiara:

- di svolgere attualmente l'attività di

  ☐ **ACCONCIATORE**

  ☐ **ESTETISTA**

- di essere in possesso del seguente titolo abilitativo

  ☐ AUTORIZZAZIONE, n. _____ del _____

  ☐ SCIA, prot. n. _____ del _____

- di voler affidare

  ☐ n. _____ poltrona/e[1]

  ☐ n. _____ cabina/e[1]

  al seguente **AFFIDATARIO:**

  Cognome _____ Nome _____

  Cod. fiscale _____ Partita IVA *(eventuale)* _____

  Data di nascita _____ Cittadinanza_____

  Luogo di Nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

  Residente: Via, piazza,_____ n. _____ Cap _____

- che l'affidatario risulta essere in possesso dei requisiti professionali e soggettivi previsti dalla normativa vigente, coma da dichiarazione allegata;
- che con l'affidatario è stato sottoscritto apposito Contratto nella forma prevista dalla normativa vigente

  per l'AFFIDO DI POLTRONA/CABINA, in data _____, registrazione n. _____

  del _____, per la durata di _____, che viene allegato alla presente;

- che in base al suddetto accordo di AFFITTO DI POLTRONA che nell'esercizio dell'attività sono assicurati i requisiti e le responsabilità in materia di sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro, nonché il rispetto delle ulteriori disposizioni previste dalla legislazione nazionale e dalla legislazione regionale in materia contrattuale, gius-lavoristica, contabile, fiscale e igienico-sanitaria;
- che la/le postazione/i di lavoro affidate sono indicate nella planimetria dei locali di svolgimento dell'attività allegata alla presente;

[1] In data 3 ottobre 2011 è stato siglato un "Avviso comune" tra le parti firmatarie del CCNL di riferimento, che, al fine di evitare possibili distorsioni o abusi, fissa i seguenti limiti di utilizzo dell'affitto della poltrona/cabina: una poltrona/cabina per le imprese che hanno da 0 a 3 dipendenti; due poltrone/cabine per le imprese che hanno da 4 a 9 dipendenti; tre poltrone/cabine per le imprese che hanno più di 10 dipendenti. Lo stesso accordo, inoltre, prevede che non sia possibile affittare la poltrona/cabina a chi abbia prestato servizio in qualità di dipendente, all'interno dello stesso salone/centro estetico negli ultimi 5 anni, nonché alle imprese che abbiano effettuato licenziamenti negli ultimi 24 mesi. Il rispetto dei parametri concordati con il sindacato dei lavoratori dipendenti potrà evitare l'insorgere di possibili contestazioni di origine sindacale

- che la/le suddetta/e postazione/i di lavoro è/sono concessa/e in uso all'affidatario nei seguenti giorni e con il seguente orario _____;

☐ che nell'esercizio autonomo della propria attività l'affidatario utilizzerà esclusivamente attrezzature già in dotazione all'azienda affidante ed in possesso dei prescritti requisiti igienico-sanitari;

ovvero

☐ che nell'esercizio autonomo della propria attività l'affidatario utilizzerà attrezzature proprie, in possesso dei prescritti requisiti igienico-sanitari;

(QUADRO B)

VARIAZIONI AFFIDO POLTRONA/CABINA

Il sottoscritto dichiara che sono intervenute le seguenti variazioni nel contratto di affido di poltrona/cabina:

come da documentazione contrattuale allegata alla presente

(QUADRO C)

CESSAZIONE DELL'AFFIDO DI POLTRONA/CABINA

Il sottoscritto,

Dichiara

la cessazione dell'affido di

☐ poltrona per acconciatore

☐ cabina per estetista

Verifiche e Controlli

Si allega la seguente documentazione:

☐ Copia scansionata del contratto di affido di poltrona/cabina a firma congiunta e dal quale sia agevole distinguere le diverse attività da svolgersi autonomamente nel medesimo locale, le relative responsabilità, nonché le attrezzature e le concrete modalità di utilizzo delle stesse;

☐ Dichiarazione relativa al possesso dei requisiti soggettivi e professionali da parte dell'affidatario

☐ Documentazione relativa al possesso dei requisiti professionali da parte dell'affidatario;

☐ Dettagliata planimetria in scala 1:100, con individuazione della postazione e della parte di locale interessata dalla specifica attività, a firma congiunta dei due operatori e di un tecnico abilitato;

Sono stati compilati i quadri: ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C**

Data _____

Firma del Segnalante

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →

_____

Firmare con dispositivo di firma digitale

All. 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DELL'AFFIDATARIO

Il sottoscritto, Cognome: _____ Nome: _____

Cod. Fiscale _____ P.IVA *(eventuale)*: _____

Data di nascita _____ Cittadinanza _____ Sesso M ◯ F ◯ - Luogo di nascita:

Stato _____ Provincia (___) Comune _____ Residenza: Provincia (___) Comune

_____ Via/P.zza _____ n. _____ C.A.P. _____

E-mail _____ @ _____ - PEC _____

Tel. _____ - cell. _____ Fax _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità e CONSAPEVOLE delle responsabilità penali ed amministrative conseguenti a dichiarazioni false o mendaci e di formazione o uso di atti falsi di cui agli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici conseguiti con il provvedimento acquisito sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

di essere munito di qualificazione/abilitazione professionale per l'esercizio dell'attività di _____ per cui allega alla presente la relativa documentazione attestante il possesso dei requisiti professionali

ed inoltre, DICHIARA

☐ di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla legge;

☐ che nei propri confronti non sussiste alcuna situazione di incompatibilità prevista dalla vigente legislazione antimafia ed in particolare non sussistono le cause di divieto, di decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del Decreto legislative n. 159/2011;

☐ di utilizzare gli apparecchi elettromeccanici per uso estetico di cui all'elenco allegato alla Legge 04/01/90 n. 1 (Disciplina dell'attività di estetica) e che dette apparecchiature risultano conformi a legge e alla norme tecniche vigenti in materia;

☐ di utilizzare prodotti e materiali conformi alla normativa vigente.

Data, _____

FIRMA dell'AFFIDATARIO

Riportare da tastiera il nominativo del firmatario →

_____

Firmare con dispositivo di firma digitale

Cronologia degli aggiornamenti del modello

Data	Modifica apportata	La modifica è sostanziale e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti?