

**Mod. SCIA Fitto poltrona/cabina ACCONCIATORE - ESTETISTA**



Pratica n. .... del .....

Prot n. .... del .....

.....  
.....  
.....



e-mail: [suap@comune.gravina.ba.it](mailto:suap@comune.gravina.ba.it)  
Tel 080 3259420 – 416  
Fax 080 3221236

**D.P.R. 160/2010 ART. 5 : SEGNALAZIONE CERTIFICATA di INIZIO ATTIVITA' PER AFFITTO DI POLTRONA PER ACCONCIATORE E CABINA PER ESTETISTA**  
(L.174/2005 – L. 1/1990 – D.Lgs. 59/2010 – D.Lgs. 147/2013 – Circolare M.S.E. 16361/2014).

**Al SUAP del Comune di GRAVINA IN PUGLIA**

Il/la sottoscritto signor/a .....  
nato/a a .....prov.....il .....  
residente a ..... Via/Fraz. ....n.....  
Tel..... Fax .....  
Codice fiscale:                 
partita IVA:

**SEGNALA**

ai sensi dell'art. 19 della legge n. 241/1990 e successive variazioni

**CHE IN VIA** ..... **N.** .....

presso l'attività di  **ACCONCIATORE** (L. 174/05)  **ESTETISTA** (L. 1/90)

di proprietà dell'impresa ..... di cui alla:

**Autorizzazione** n. .... del .....  **DIA/SCIA** prot. .... del .....

intende:  **INIZIARE** una nuova attività di **AFFITTO**:  **POLTRONA per Acconciatore**  
 **CABINA per Estetista**

**Cessare** l'attività di Fitto Poltrona/Cabina di cui alla SCIA prot. .... del .....

**altro** (specificare).....  
.....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso decreto, **presso atto** che l'attività potrà essere iniziata dalla data di presentazione della presente segnalazione al SUAP del Comune di Gravina in Puglia,

**DICHIARA**

**1**  di aver sottoscritto con il Sig./La Sig.ra .....  
 **titolare**  **legale rappresentante** della ditta proprietaria dove ha sede l'attività, apposto atto nella forma prevista dalla normativa di settore per  **l'affitto di poltrona per acconciatore**  **affitto cabina per estetista** in data ..... registrato a ..... il ..... n. .... Per la durata di .....

Completare chiaramente e in stampatello (non sono ammesse cancellazioni) e firmare digitalmente, trasmettendo tramite PEC

2)  di essere in possesso della qualifica professionale per l'esercizio dell'attività oggetto della presente dichiarazione come risulta dal certificato della Commissione Provinciale Artigianato di Bari rilasciato in data .....; prot. ....

3)  di essere in possesso della qualifica professionale per l'esercizio dell'attività oggetto della presente dichiarazione come si evince dagli allegati attestati di qualifica professionale e attestato di specializzazione (la specializzazione potrà essere dimostrata anche a seguito di un periodo di inserimento della durata di 3 anni presso un impresa della stessa attività della presente SCIA).

4  che l'attività di  **affitto di poltrona per acconciatore**  **affitto di cabina per estetista** si svolgerà nei giorni: ..... Con orario ..... ed ha per oggetto l'utilizzo di n. .... **Poltrone/Cabine**

5  **che i locali in cui si svolgerà l'attività, nonché le attrezzature che saranno introdotte ed utilizzate per l'esercizio dell'attività, sono conformi ai requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente in materia;**

6  che in riferimento alla conformità edilizia ed agibilità del locale, questo è provvisto di certificato di agibilità (art. 24 dpr 380/2001), comprensivo di destinazione d'uso conforme all'attività;

**DICHIARA INOLTRE:**

di essere in possesso dei requisiti morali di legge e che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159/2011 (antimafia);

**Il sottoscrittore è consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 e art. 495 c.p.**

Data: .....

FIRMA

**Allega:**

- Copia di un documento di identità in corso di validità del legale rappresentante, del tecnico abilitato e dell'eventuale procuratore
- Dichiarazione di un Tecnico abilitato secondo apposito modulo SUAP (**Modulo D.T. Acconciatore/Estetista**)
- Planimetria in scala 1:100, rappresentante lo stato di fatto e conforme all'agibilità, predisposta da un Tecnico abilitato riportante il **lay-out** del posizionamento delle attrezzature, degli impianti e degli arredi, con relativa legenda, con individuazione della/e postazione/i e della parte di locale interessata dalla specifica attività, firmata oltre che dal tecnico, anche dai due operatori .
- copia dell'atto di fitto di poltrona/cabina (registrato)
- bollettino di versamento SUAP sul c/c postale n. 0000000000 intestato al Comune di Gravina in Puglia
- bollettino di versamento diritti istruttoria Ente/Ufficio (specificare) .....
- (solo in caso di delega alla presentazione) procura – (MODELLO.PROC.)
- Idoneità sanitaria del locale o in mancanza documentazione necessaria alla ASL per la verifica della conformità.
- altro (specificare) .....

Informativa ex. art. 13 del D.lgs. n° 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

### **ATTENZIONE**

**TUTTA LA DOCUMENTAZIONE (MODELLO COM E ALLEGATI) DEVE ESSERE PREDISPOSTA IN FORMATO ELETTRONICO, FIRMATA DIGITALMENTE E TRASMESSA DA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA ALLA PEC DEL SUAP [suapgravina@pec.it](mailto:suapgravina@pec.it)**

### **AVVERTENZE**

La gestione del procedimento di cui all'art. 5 del DPR 160/2010 e della Legge n. 241/1990, sarà effettuato dal Responsabile del SUAP del Comune di Gravina in Puglia **PERTANTO** ogni comunicazione degli Enti ed Uffici eventualmente coinvolti per le verifiche di competenza, dovrà essere inviata all'indirizzo di PEC del SUAP del Comune di Gravina in Puglia [suapgravina@pec.it](mailto:suapgravina@pec.it)

### **SI EVIDENZIA CHE**

**L'articolo 13 ??? del Regolamento comunale SUAP prevede che:**

1. Si procede alla dichiarazione di **irricevibilità**, con conseguente **inefficacia delle segnalazioni certificate** e comunicazioni presentate:
  - a) qualora il procedimento automatizzato, salva l'applicazione di norme transitorie, non sia presentato con modalità telematica non conforme alla normativa (mail ordinaria, firma digitale scaduta, sottoscrizione digitale apposta da soggetto diverso dal diretto interessato in assenza di delega formale da parte dell'interessato, mancata elezione di domicilio presso il soggetto delegato e non definizione dell'indirizzo di posta elettronica certificata presso cui inviare le comunicazioni / notifiche del SUAP, mancato utilizzo della modulistica pubblicata sul portale Web o compilazione incompleta, omissione di allegati obbligatori, ecc....)
  - b) qualora le procedure presentate non siano chiaramente ed univocamente identificabili;
  - c) negli altri casi previsti dalla vigente normativa.
2. **In caso di pronuncia di irricevibilità, gli effetti abilitativi decorrono dalla ripresentazione o integrazione della documentazione in formato completo e regolare.**

**SUAP Comune di Gravina in Puglia**  
**Via Vittorio Veneto – 70024 Gravina in Puglia Tel. 080 3259420 - 416 Fax 080 3221236**  
**e-mail: [suap@comune.gravina.ba.it](mailto:suap@comune.gravina.ba.it)**