

Attività Economiche  
**TATUAGGIO e PIERCING**  
Segnalazione Certificata Inizio Attività  
Ai sensi dell'art. 19 della Legge 7 agosto 1990 n. 241

**AL S.U.A.P. DEL COMUNE DI PADOVA**

e-mail certificata: [suap@pec.comune.padova.it](mailto:suap@pec.comune.padova.it)

<b>Il/La sottoscritto/a</b>		<b>codice fiscale</b>	
cognome		nome	
luogo di nascita	provincia o stato estero di nascita	data di nascita	
cittadinanza		sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
comune di residenza	provincia o stato estero di residenza	C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.	numero civico	telefono	

<b>in qualità di <input type="checkbox"/> titolare dell'impresa individuale</b>		<b><input type="checkbox"/> legale rapp.te</b>	
Denominazione		partita IVA	
sede nel comune di	provincia o stato estero	C.A.P.	
via, viale, piazza, ecc.	numero civico	telefono	
iscrizione al Registro Imprese presso la Camera di Commercio I.A.A. di			

**Segnala**  
**di iniziare l'attività di Tatuaggio e Piercing per**  
**APERTURA NUOVA ATTIVITA'**  
Oggetto Protocollo n. **1084**

<b>Indirizzo dell'esercizio PADOVA</b>					C.A.P.		
toponimo	Indirizzo			civico	ripetuto	letterale	scala
Insegna dell'esercizio							
dati catastali	sezione	foglio	mappale	subalterno	categoria		
Titolo di godimento dell'immobile							

Ai sensi dell'art. 6 comma 1 e dell'art. 45 comma 2 del D.Lgs. 82/2005, eleggo come proprio domicilio informatico il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) al quale verranno inviate tutte le comunicazioni riguardanti la presente pratica:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_.

**Privacy**

Il sottoscritto dichiara, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali. Esso viene effettuato dal Comune, anche in forma automatizzata. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Il mancato conferimento non permette l'espletamento dell'istruttoria. I dati saranno oggetto di comunicazione e di diffusione nei limiti previsti dall'art. 19, commi 2 e 3 del D.Lgs n. 196/2003. Gli interessati godono dei diritti previsti dall'art. 7 del citato D.Lgs n. 196/2003.

## Quadro Autocertificazione

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

- Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445, nonché la decadenza dei benefici prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75, del medesimo decreto;
- Consapevole inoltre che, dove il fatto non costituisca più grave reato, chiunque, nelle dichiarazioni o attestazioni o asseverazioni che corredano la segnalazione di inizio attività, dichiara o attesta falsamente l'esistenza dei requisiti o dei presupposti di cui all'articolo 21, legge 241/90, è punito con la reclusione da uno a tre anni.

**DICHIARA** ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 (Autocertificazione)

- che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31/5/1965, n. 575" (antimafia)

#### RELATIVAMENTE AI LOCALI SEDE DELL'ESERCIZIO:

- che i locali hanno una superficie di mq. \_\_\_\_\_,
- di aver rispettato i regolamenti locali di polizia urbana ed annonaria, di igiene e sanità, i regolamenti edilizi e le norme urbanistiche nonché quelle relative alle destinazioni d'uso
- altro \_\_\_\_\_

#### dichiara inoltre,

- di impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato.
- che nei locali sarà svolta anche la seguente attività ACCONCIATORE/ESTETISTA su una superficie di mq. \_\_\_\_\_
- che l'ULSS 6 - Euganea di Padova – Servizio Igiene e Sanità Pubblica - in data \_\_\_\_\_ ha rilasciato l'idoneità sanitaria dei locali **come rappresentati nell'allegata planimetria**

- che l'attività è esercitata da Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ in possesso della prescritta idoneità soggettiva e che non esercita attività in altra sede a qualsiasi titolo (titolare, socio, dipendente o collaboratore familiare) **COMPILARE L'ALLEGATO DRPA**

#### D I C H I A R A altresì

di essere a conoscenza che:

- nell'esercizio dell'attività saranno adottate le prescritte misure igienico sanitarie;
- il responsabile tecnico in possesso dei requisiti professionali garantisce la propria presenza durante l'esecuzione delle prestazioni e dei trattamenti;
- che le prestazioni sui clienti saranno effettuate esclusivamente da personale in possesso dell'Attestato di Idoneità Soggettiva di cui alla DGRV 2401 del 14.10.2010;
- che, nel caso di variazione dell'unico responsabile tecnico designato, l'attività deve essere sospesa e può essere ripresa soltanto dopo la comunicazione del nuovo nominativo al Comune e alla Camera di Commercio per la registrazione della relativa modifica all'Albo delle Imprese Artigiane o al Registro delle imprese;
- che, in caso di variazioni rispetto a quanto dichiarato, dovrà essere data comunicazione al competente Ufficio Comunale nei modi e termini previsti;
- che la presente SCIA è valida esclusivamente per i locali in essa indicati;
- che in caso di cessazione dell'attività dovrà essere data comunicazione entro 30 giorni;
- che la presente SCIA riguarda esclusivamente l'attività di Tatuaggio e Piercing e non anche altre attività complementari (es. vendita), per le quali dovrà essere in possesso delle prescritte autorizzazioni o segnalazione certificata di inizio attività.

COMUNICA, di effettuare il seguente orario

<input type="checkbox"/> Orario Estivo	Mattino		Pomeriggio	
	Dalle	Alle	Dalle	Alle
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				

<input type="checkbox"/> Orario Invernale	Mattino		Pomeriggio	
	Dalle	Alle	Dalle	Alle
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				

**Turno settimanale** \_\_\_\_\_ **(se scelto è obbligatoria l'effettuazione)**

Dichiara di produrre i seguenti allegati:

- Copia del documento d'identità;
- Copia della ricevuta di versamento dei diritti d'istruttoria;
- Solo per i cittadini extracomunitari residenti in Italia, copia del permesso di soggiorno;
- Idoneità sanitaria, con Planimetria, vistate dall'ULSS 6 EUGANEA - Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
- Versamento dei diritti d'istruttoria

Nel caso il responsabile tecnico sia un coadiuvante familiare o un dipendente allegare:

- Copia del contratto di lavoro e della relativa comunicazione agli Enti del/i responsabili tecnici qualora trattasi di dipendente/i dal quale risulti l'inquadramento nella qualifica di responsabile;
- Documentazione attestante la costituzione dell'impresa familiare.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_