



Comune di Bologna

Area Economia e Lavoro

U.I. Attività Produttive e Commercio

U.O. Somministrazione, manifestazioni, artigianato e ricettive

Piazza Liber Paradisus, 10, torre A - tel. 051/2194013

40129 Bologna

COMUNICAZIONE PER VARIAZIONE E/O AGGIUNTA DIRETTORE TECNICO ATTIVITÀ DI ACCONCIATORE/ESTETISTA

Il/la Sottoscritto/a,

*Cognome _____ *Nome _____

*Nato il _____ a _____ Prov. _____ Nazione _____

*C.Fiscale _____ *Cittadinanza _____

*Residente nel Comune di _____

*Provincia _____ Codice Avviamento Postale _____

*Indirizzo _____ * N° _____ / _____

▪ **DOMICILIO (o studio professionale) – Da compilare qualora il domicilio NON coincida con la residenza**

*Comune _____

Provincia _____ Codice Avviamento Postale _____

*Indirizzo _____ * N° _____ / _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ PEC _____

▪ **IN QUALITÀ' DI:**

- titolare
- legale rappresentante
- avente titolo, quale _____

▪ **DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA**

* Denominazione _____

*trattasi di impresa in forma:

↓ (spuntare una ed una sola scelta)	
<input type="radio"/>	individuale;
<input type="radio"/>	collettiva;
↓ (spuntare una ed una sola scelta)	
<input type="radio"/>	artigiana;
<input type="radio"/>	non artigiana;

*Con sede legale in:

*Nazione _____ *Comune di _____

*Provincia _____ Codice Avviamento Postale _/ _/ _/ _/ _/

*Indirizzo _____ * N° _____ / _____

*Partita I.V.A. _/ _____ *C.Fiscale _/ _____

*Iscritta alla C.C.I.A.A. di _____ n. _____

e all'Albo delle Imprese Artigiane n. _____

▪ RECAPITO TELEFONICO / E-MAIL – Compili gli spazi per ricevere eventuali informazioni relative alla sua pratica

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ PEC _____

COMUNICA

INDIRIZZO DELL'ATTIVITA'

Compilare se diverso da quello della ditta/società/impresa

Via/piazza _____ n. _____
Comune _____ prov. _ _ C.A.P. _ _ _ _ _
Stato _____ Telefono fisso / cell. _____
PEC _____
<input type="checkbox"/> VARIAZIONE DIRETTORE TECNICO
<input type="checkbox"/> AGGIUNTA DIRETTORE TECNICO

DICHIARAZIONI SUL POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

<p>Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (art. 76 del DPR 445 del 2000 e Codice penale) , sotto la propria responsabilità,</p> <p>dichiara:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (art.
--

67 del D.Lgs. 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").

Nel caso di esercizio di attività di acconciatore:

di essere Responsabile tecnico e

di essere in possesso dell'abilitazione professionale, rilasciata da _____, in data _____, con atto n. _____,

di essere in possesso di qualifica di acconciatore o di parrucchiere, per uomo o per donna, prevista dalla legge (art. 6, comma 2, della L. 17 agosto 2005, n. 174), rilasciata da _____, in data _____, con atto n. _____,

di avere conseguito la qualificazione professionale all'estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall'Autorità competente con decreto n. _____, in data _____,

Essere in possesso degli attestati di formazione professionale costituenti titolo per l'abilitazione all'esercizio dell'attività, conseguiti previo superamento di un esame tecnico-pratico

Certificato di Qualifica professionale

Conseguiti in data _____ presso l'Istituto _____ Comune di _____

Via _____ N. civico _____ corso n. _____ autorizzato con atto n _____

Del _____ dalla Provincia/Regione _____

N.B.: Le informazioni di cui sopra sono reperibili sull'attestato

Essere stato titolare di un esercizio di barbiere, di parrucchiere o mestiere affine, iscritto all'Albo delle Imprese Artigiane entro il 13/09/2012

Avere prestato la propria opera, per almeno due anni - entro il 13/09/2012- , anche non continuativi, dalla data di inizio dell'attività dell'impresa e/o dell'attività lavorativa, presso imprese esercenti l'attività di acconciatore o mestiere affine:

nome impresa _____ sede impresa _____ dal _____ al _____

nome impresa _____ sede impresa _____ dal _____ al _____

nome impresa _____ sede impresa _____ dal _____ al _____

nome impresa _____ sede impresa _____ dal _____ al _____

in qualità di:

() lavoratore dipendente qualificato (inquadramento almeno al 3° livello del CCNL di settore)

() lavoratore con contratto di formazione e lavoro

() collaboratore familiare

() titolare o socio

() prestatore d'opera

() associato in partecipazione

Avere svolto l'apprendistato per il periodo previsto dal contratto collettivo (5 anni, ridotti a 4 anni e 6 mesi se si è in possesso di titolo di studio post-obbligo scolastico- entro il 13/09/2012-) ed essere stato successivamente qualificato acconciatore (inquadramento almeno al 3° livello del CCNL di settore) Questo requisito può essere fatto valere esclusivamente da chi ha completato il percorso lavorativo , entro e non oltre il 13/09/2012, ciò a causa dell'abrogazione dell'art. 2 della L. 161/1963.

OPPURE

che il/i Responsabile/i tecnico/i è/sono:

Nome _____ Cognome _____

CF _____ ,

(in qualità di: Titolare; Socio partecipante al lavoro; Familiare coadiuvante; Dipendente)

Nome _____ Cognome _____

CF _____ ,

(in qualità di: Titolare; Socio partecipante al lavoro; Familiare coadiuvante; Dipendente)

Nome _____ Cognome _____

CF _____ ,

(in qualità di: Titolare; Socio partecipante al lavoro; Familiare coadiuvante; Dipendente)

che possiede/ono l'abilitazione professionale prevista, come dichiarato in Allegato B.

Nel caso di esercizio di attività di estetista (artt. 3 e 8 della L. n. 1/1990 e specifiche disposizioni regionali di settore):

di essere Responsabile tecnico e

di essere in possesso della qualificazione professionale di estetista, rilasciata da _____, in data _____, con atto n. _____,

di essere in possesso di:

attestato di frequenza del corso regionale rilasciato da _____, in data _____, con atto n. _____

attestato/diploma di frequenza di scuole professionali autorizzate/riconosciute, rilasciato da _____, in data _____, con atto n. _____

di essere in possesso dell'abilitazione professionale di estetista, conseguita alla data di entrata in vigore della legge n. 1 del 1990, in quanto:

titolare, per almeno due anni, dell'impresa _____ n. REA _____

socio/a, per almeno due anni, dell'impresa _____ n. REA _____

direttore/rice, per almeno due anni, dell'impresa _____ n. REA _____

dipendente, per almeno tre anni nel quinquennio precedente la data di entrata in vigore della L. n. 1/1990, dell'impresa _____ e/o dello studio medico specializzato _____, dal _____ al _____

di aver conseguito la qualifica professionale all'estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall'Autorità competente con decreto n. _____ in data _____

altro (specificare) _____ (*)

OPPURE

____ che il/i Responsabile/i tecnico/i è/sono:

Nome _____ Cognome _____

CF _____ ,

(in qualità di: Titolare; Socio partecipante al lavoro; Familiare coadiuvante; Dipendente)

Nome _____ Cognome _____

CF _____ ,

(in qualità di: Titolare; Socio partecipante al lavoro; Familiare coadiuvante; Dipendente)

Nome _____ Cognome _____

CF _____ ,

(in qualità di: Titolare; Socio partecipante al lavoro; Familiare coadiuvante; Dipendente)

che possiede/ono l'abilitazione professionale prevista, come dichiarato in Allegato C

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) 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

Allegato	Denominazione	Casi in cui è previsto
<input type="checkbox"/>	Procura	Nel caso di procura/delega a presentare la comunicazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Copia del documento di identità del/i titolare/i in corso di validità <input type="checkbox"/> Copia del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari): <input type="checkbox"/> Copia del permesso di soggiorno in corso di validità <input type="checkbox"/> Copia della ricevuta della richiesta di rinnovo conforme alla normativa vigente in materia	Nel caso in cui la segnalazione non sia sottoscritta in forma digitale e in assenza di procura
<input type="checkbox"/>	Dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte degli altri soci (Allegato A) + copia del documento di identità	Sempre, in presenza di soggetti (es. soci) diversi dal dichiarante
<input type="checkbox"/>	Dichiarazioni sul possesso dei requisiti da parte del responsabile tecnico (Allegati B e/o C) + copia del documento di identità	Nel caso di subingresso in attività di acconciatore e/o estetista, in presenza di un Responsabile tecnico diverso dal dichiarante

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE SUL POSSESSO DEI REQUISITI DA PARTE DEGLI ALTRI SOCI

Cognome _____ Nome _____

C.F. | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_|

Data di nascita | |_| | |_| | / | |_| | |_| | / | |_| | |_| | |_| | | Cittadinanza _____

Sesso: M | |_| | F | |_| |

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

in qualità di

SOCIO/A della
| |_| / Società _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (art. 76 del DPR 445 del 2000 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 (art. 67 del D.Lgs. 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").

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 (art 75 del DPR 445/2000)

Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) 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

Essere stato titolare di un esercizio di barbiere, di parrucchiere o mestiere affine, iscritto all'Albo delle Imprese Artigiane entro il 13/09/2012

Avere prestato la propria opera, per almeno due anni - entro il 13/09/2012- , anche non continuativi, dalla data di inizio dell'attività dell'impresa e/o dell'attività lavorativa, presso imprese esercenti l'attività di acconciatore o mestiere affine:

nome impresa _____ sede impresa _____ dal _____ al _____

nome impresa _____ sede impresa _____ dal _____ al _____

nome impresa _____ sede impresa _____ dal _____ al _____

nome impresa _____ sede impresa _____ dal _____ al _____

in qualità di:

() lavoratore dipendente qualificato (inquadramento almeno al 3° livello del CCNL di settore)

() lavoratore con contratto di formazione e lavoro

() collaboratore familiare

() titolare o socio

() prestatore d'opera

() associato in partecipazione

Avere svolto l'apprendistato per il periodo previsto dal contratto collettivo (5 anni, ridotti a 4 anni e 6 mesi se si è in possesso di titolo di studio post-obbligo scolastico- entro il 13/09/2012-) ed essere stato successivamente qualificato acconciatore (inquadramento almeno al 3° livello del CCNL di settore) Questo requisito può essere fatto valere esclusivamente da chi ha completato il percorso lavorativo , entro e non oltre il 13/09/2012, ciò a causa dell'abrogazione dell'art. 2 della L. 161/1963.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza di essere tenuto/a a garantire la propria presenza durante lo svolgimento dell'attività.

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) 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

ALLEGATO C

Attività di estetista

DICHIARAZIONE DEL/LA RESPONSABILE TECNICO/A SUL POSSESSO DEI REQUISITI

Cognome _____ Nome _____
C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Data di nascita ____/____/____ Cittadinanza _____
Sesso: M |_| F |_|
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____ Comune _____
Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

RESPONSABILE TECNICO/A della _____ in qualità di
|_| Ditta individuale _____
|_| Società _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (art. 76 del DPR 445 del 2000 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 (art. 67 del D.Lgs. 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").

Nonché (artt. 3 e 8 della L. n. 1/1990 e specifiche disposizioni regionali di settore)

di essere in possesso della qualificazione professionale di estetista, rilasciata da _____, in data _____, con atto n. _____,

Essere in possesso degli attestati di formazione professionale costituenti titolo per l'abilitazione all'esercizio dell'attività, conseguiti previo superamento di un esame tecnico-pratico

Certificato di Qualifica professionale

Conseguiti in data _____ presso l'Istituto _____ Comune di _____

Via _____ N. civico _____ corso n. _____ autorizzato con atto n. _____

Del _____ dalla Provincia/Regione _____

N.B.: Le informazioni di cui sopra sono reperibili sull'attestato

di essere in possesso dell'abilitazione professionale di estetista, conseguita alla data di entrata in vigore della legge n. 1 del 1990, in quanto:

|_| titolare, per almeno due anni, dell'impresa _____ n. REA
|_| socio/a, per almeno due anni, dell'impresa _____ n. REA

direttore/rice, per almeno due anni, dell'impresa _____ n. REA

dipendente, per almeno tre anni nel quinquennio precedente la data di entrata in vigore della L. n. 1/1990, dell'impresa _____ e/o dello studio medico specializzato _____, dal _____ al _____

Essere in possesso degli attestati di formazione professionale costituenti titolo per l'abilitazione all'esercizio dell'attività, conseguiti previo superamento di un esame tecnico-pratico

Certificato di Qualifica professionale

Conseguiti in data _____ presso l'Istituto _____ Comune di _____

Via _____ N. civico _____ corso n. _____ autorizzato con atto n _____

Del _____ dalla Provincia/Regione _____

N.B.: Le informazioni di cui sopra sono reperibili sull'attestato

di aver conseguito la qualifica professionale all'estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall'Autorità competente con decreto n. _____ in data _____

altro (specificare) _____ (*)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza di essere tenuto/a a garantire la propria presenza durante lo svolgimento dell'attività.

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 (art. 75 del DPR 445 del 2000).

Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) 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