

**Da presentare in doppia copia.** Munirsi di una fotocopia da far timbrare per ricevuta dall'Ufficio Protocollo e trattenere per eventuali usi successivi.

Spett.le  
Comando  
Polizia Locale  
COMUNE DI VIGONZA  
Fax 049 8090200

E p.c. Spett.le  
Ufficio Commercio  
COMUNE DI VIGONZA.

OGGETTO: Comunicazione attività di precariato nel mercato settimanale che si svolge nel giorno di \_\_\_\_\_, in località \_\_\_\_\_  
In qualità di (ambulante o imprenditore agricolo) \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

titolare di ditta individuale  
 legale rappresentante della società \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_

#### PREMESSO

di essere subentrato nell'attività di commercio su aree pubbliche alla ditta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, giusto atto notarile del \_\_\_\_\_;

#### COMUNICA

Che dal giorno \_\_\_\_\_ inizierà a presentarsi presso il mercato settimanale del \_\_\_\_\_, in località \_\_\_\_\_, in qualità di precario, per la relativa spunta.

A tal proposito **allega** copia della autorizzazione di commercio su aree pubbliche o la SCIA per attività di imprenditore agricolo in forma itinerante.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Informativa (art. 13 D.lgs 196/2003)**  
Ai sensi della normativa in oggetto, si informa che per il trattamento dei dati personali verrà rispettato il D.Lgs n. 196/2003.

Spett.le  
Comune di Vigonza

OGGETTO: Comunicazione dei dati ai fini delle verifiche contributive di cui agli artt. 4-bis e 4-ter della legge regionale n. 10 del 2001 “Nuove norme in materia di commercio su aree pubbliche”.

Denominazione Impresa	
Natura giuridica impresa (individuale, tipo di società ecc.)	
P.IVA	
Codice Fiscale	
Sede legale	
Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di	
N e data iscrizione al Registro Imprese	
Recapito corrispondenza	
E-mail	
PEC	
Tel impresa e cellulare legale rappresentante	
CCNL applicato ai dipendenti	
N. dipendenti o collaboratori familiari	
INPS – matricola aziendale e sede competente	
INPS – matricola contributiva individuale e sede competente	
INPS – codice fiscale e sede competente	
INAIL – codice ditta e sede competente	
Cassa Edile – codice impresa e sede competente	
Autorizzazione commerciale	N. _____ Data _____ Comune _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

titolare di ditta individuale

legale rappresentante della società \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

di non essere soggetto ad iscrizione all'INAIL in quanto non utilizza dipendenti o collaboratori familiari nell'esercizio dell'attività;

altro \_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2000, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è inviata al comune competente insieme alla fotocopia semplice di un documento di identità del dichiarante.