

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:

Al fine di facilitare l'impresa (o il suo procuratore), nella compilazione della modulistica ed evitare l'inserimento dei medesimi dati, nei vari modelli necessari per l'invio della pratica, le informazioni sull'anagrafica dell'azienda, la localizzazione dell'intervento ed i dati catastali, devono essere inserite nel modello "**DUAP\_regione\_calabria**", da compilare nelle parti di interesse, firmare digitalmente e allegare, **OBBLIGATORIAMENTE**, alla 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<sup>1</sup>
  - n. \_\_\_\_\_ cabina/e<sup>1</sup>
 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;

<sup>1</sup> 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:<br>_____<br>_____<br>_____ |
| come da documentazione contrattuale allegata alla presente  |

(QUADRO C)

| CESSAZIONE DELL'AFFIDO DI POLTRONA/CABINA   |
|---|
| Il sottoscritto,<br><br><p style="text-align: center;"><b>Dichiara</b></p> la cessazione dell'affido di |
| <input type="checkbox"/> poltrona per acconciatore  |
| <input type="checkbox"/> 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 legislativo 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? |
|------|--------------------|--|
|      |                    |  |