



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO  
Provincia di Sassari – zona omogenea Olbia - Tempio  
AREA AMMINISTRATIVA

**RICHIESTA di PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE TEMPORANEA**  
**“Festa del Patrono di Porto San Paolo – Santi Pietro e Paolo – 29 e 30 luglio 2023”**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
nella qualità di  titolare  legale rappresentante  delegato  
della ditta/società denominata \_\_\_\_\_  
con sede legale a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ C.F./P. I.V.A. \_\_\_\_\_  
iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_ al N. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
in possesso di iscrizione al Registro Esercenti Commercio (R.E.C.) per la somministrazione di alimenti e bevande n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ rilasciata a mio nome / per conto della Società \_\_\_\_\_, dalla  
Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ o del seguente requisito. professionale per la somministrazione  
di alimenti e bevande \_\_\_\_\_

Tipologia di Attrezzature utilizzate per la vendita / somministrazione	1 _____
	2 _____
	3 _____
	4 _____

LA VENDITA SARA' RELATIVA A GENERI :

ALIMENTARI  NON ALIMENTARI  SOMMINISTRAZIONE

TIPOLOGIA \_\_\_\_\_

A TAL FINE IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

ANZIANITA' PRECEDENTE nella medesima Manifestazione



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO  
Provincia di Sassari – zona omogenea Olbia - Tempio  
AREA AMMINISTRATIVA

---

- Di aver esercitato l'attività di commercio su area pubblica/somministrazione nelle precedenti edizioni della manifestazione:  
ANNI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- di essere in possesso dell'autorizzazione n° \_\_\_\_\_ rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ per l'ESERCIZIO DEL COMMERCIO IN FORMA ITINERANTE di Tipo \_\_\_\_\_
- di essere in possesso dell' IDONEITA' IGIENICO SANITARIA degli AUTOMEZZI UTILIZZATI PER L'ATTIVITA' DI VENDITA E/O SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_ NOTIFICATA all' AZIENDA SANITARIA LOCALE / COMUNE di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

N.B Quando la sottoscrizione della domanda non è apposta in presenza del dipendente comunale incaricato al ricevimento della medesima, occorre allegare contestualmente copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.



COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO  
Provincia di Sassari – zona omogenea Olbia - Tempio  
AREA AMMINISTRATIVA

**AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA**

**DICHIARAZIONE, ai sensi del D.P.R n. 252 del 03.06.1998**

DICHIARO che nei miei confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall' art. 10 della legge 31 maggio 1965 , n. 575.

*(barrare la casella e completare la dichiarazione solo in caso di società)*

DICHIARO di non essere a conoscenza che nei confronti della \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ di cui sono legale rappresentante dal \_\_\_\_\_ sussiste alcun  
provvedimento giudiziario interdittivo, disposto ai sensi della legge 31 maggio 1965, n. 575.

**AUTOCERTIFICAZIONE IN MATERIA PENALE E DI PUBBLICA SICUREZZA**

*( ai sensi della legge n.127 del 15 maggio 1997 e relativo regolamento di attuazione approvato con D.P.R. n.403 del 20 ottobre 1998)*

DICHIARO di essere incensurato/a, di non avere riportato condanne penali ( con sentenze passate in giudicato), e di non avere procedure in corso per l'irrogazione di misure di prevenzione.

*( per i cittadini extracomunitari residenti in Italia)*

DICHIARO di essere titolare di permesso di soggiorno N. \_\_\_\_\_ rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_, per il seguente motivo:

- lavoro autonomo
- lavoro subordinato
- motivi familiari

Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni stabilite dagli artt. 483, 495 e 496 del codice penale, per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni.

**IL SOTTOSCRITTO ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNICATI, NEL RISPETTO DEL D.LGS N. 196/2003.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_