Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rif. PG n. [numero\_protocollo] del [data\_protocollo]

Reg. Ord.

Savona, [data\_richiesta\_verifica]

|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le  I.N.P.S.  Piazza Marconi – SAVONA |

Oggetto: Richiesta verifica dichiarazione requisito professionale

Signor/a [fisica\_nome] [fisica\_cognome]

nato a [fisica\_comune\_nato] il [fisica\_comune\_nato],

residente a [fisica\_comune], CAP. [fisica\_cap] – [fisica\_provincia], VIA [fisica\_indirizzo]

c.f. [fisica\_cf]

La persona sopra indicata ha presentato a questo Servizio, una Segnalazione Certificata di Inizio di attività, relativa ad attività commerciale, pertanto si rende necessario verificare la dichiarazione resa dallo stesso in ordine al possesso dei requisiti professionali che si allega in copia.

Come disposto dall'articolo 71, comma 6 lettera b) del Decreto Legislativo 59/2010, richiamato nella sua interezza dall'articolo 13 della legge regionale 1/2007, al fine di verificare che il soggetto abbia svolto per almeno due anni, anche non continuativi, nell'ultimo quinquennio attività d'impresa o lavoro dipendente qualificato presso imprese appartenenti al Settore Alimentare/somministrazione alimenti e bevande si chiede di accertare la correttezza di quanto dichiarato ed, in particolare:

a) per quanto attiene soggetti che abbiano dichiarato di aver esercitato in proprio attività di impresa nel settore alimentare o nel settore della somministrazione:

* che il periodo di due anni nell'ultimo quinquennio (anche non continuativo) sia coperto dagli opportuni versamenti contributivi effettuati dal soggetto stesso presso codesto Spett.le Ente;

b) per quanto attiene soggetti che abbiano dichiarato di avere prestato la propria opera presso imprese operanti nel settore alimentare o della somministrazione:

* che il periodo di due anni nell'ultimo quinquennio (anche non continuativo) sia coperto da versamenti contributivi presso codesto Spett.le Ente effettuati dal datore di lavoro nei confronti del soggetto medesimo quale dipendente qualificato addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione degli alimenti, ovvero in qualità di socio lavoratore, o altre posizioni equivalenti, o in qualità di coadiutore familiare;

Si informa che la S.C.I.A. sopra indicata è stata presentata in data [data\_presentazione] e che la scrivente Amministrazione, in caso di esito negativo dell'accertamento può procedere alla sospensione dell'attività entro e non oltre 60 giorni dalla data di cui sopra, pertanto si rappresenta l'urgenza di ricevere cortese riscontro in tempi utili.

Si ringrazia e si porgono distinti saluti.

IL RESPONSABILE SUAP

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*