

Oggetto: Asseverazione requisiti strutturali. Regolamentazione delle attività di somministrazione di alimenti e bevande - modifica alla precedente regolamentazione approvata con DCC n. 4/2011

Al Dirigente dell'Ufficio Commercio
Comune di Cittadella

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
codice fiscale n.: _____ Tel. n. _____
in qualità di Tecnico abilitato a rilasciare la presente asseverazione iscritto all'albo
_____ al numero _____;

DICHIARA

di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000;

E ASSEVERA

che in riferimento alla pratica avente codice SUAP _____:

- il locale/i locali sono accessibili in relazione all'abbattimento di barriere architettoniche, dalla via pubblica (D.G.R.V.n. 1428/2011);
- è presente un servizio igienico accessibile (D.G.R.V. n. 1428/2011) destinato al pubblico, sito all'interno del locale destinato alla somministrazione, distinto da quello destinato agli addetti;
- è presente un locale o area fisicamente separata da dedicare alla raccolta differenziata dei rifiuti;
- la superficie minima di somministrazione pari a 25 mq;
- è rispettato il regolamento edilizio comunale in materia di insegne, decoro del centro storico e progettazione dell'eventuale plateatico.

Data _____

firma _____

Nel caso in cui il tecnico non possieda la firma digitale, dovrà firmare a mano la presente asseverazione, apporvi il proprio timbro e allegare la copia della carta d'identità.

Oggetto: Asseverazione caratteristiche locali. Regolamentazione delle attività di somministrazione di alimenti e bevande - modifica alla precedente regolamentazione approvata con DCC n. 4/2011

Al Dirigente dell'Ufficio Commercio
Comune di Cittadella

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

codice fiscale n.: _____ Tel. n. _____

in qualità di Tecnico abilitato a rilasciare la presente asseverazione iscritto all'albo
_____ al numero _____;

DICHIARA

di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000;

E ASSEVERA

che in riferimento alla pratica avente codice SUAP _____ i locali hanno le seguenti caratteristiche:

Apporre una x nei riquadri della prima colonna della seguente tabella per asseverare la presenza delle caratteristiche di seguito specificate

<input type="checkbox"/>	Insonorizzazione dei locali	30
<input type="checkbox"/>	Adozione di sistema di riciclo delle acque di scarico	5
<input type="checkbox"/>	Sistemi e tecniche di illuminazione dei locali dotati di certificazione di riduzione dell'impatto energetico/ambientale	15
<input type="checkbox"/>	Sistemi e tecniche di riscaldamento dotati di certificazione di riduzione dell'impatto energetico/ambientale	15
<input type="checkbox"/>	Climatizzazione dei locali	5
<input type="checkbox"/>	Servizi igienici in numero superiore a quanto strettamente previsto dalle vigenti norme edilizie e igienico sanitarie.	10
<input type="checkbox"/>	Migliore accessibilità del servizio igienico progettato secondo criteri di "progettazione universale (inclusivo, accessibile con doppio accostamento laterale e frontale al wc , dotato di fasciatoio etc o Servizio igienico accessibile con doppio accostamento laterale e frontale al wc (art. 14 DGRV 1428/2011)	25
<input type="checkbox"/>	Abbattitore di temperature e attrezzature per la conservazione in atmosfera protetta	10
<input type="checkbox"/>	Armadi o celle congelatori dotate di registratore di temperatura collegati a sistema computerizzato di allarme anomalie	10
<input type="checkbox"/>	Dotazione di idonei punti di erogazione d'acqua in ciascuna area di lavorazione con separazione a reparti delle lavorazioni diverse, con applicazione computerizzata integrata del sistema HACCP.	25
<input type="checkbox"/>	Presenza sia di aree coperte o scoperte (zona gioco, ricovero passeggini, ecc) che di attrezzature (fasciatoio, seggioloni, ecc) destinate ai bambini, a norma con gli standard di sicurezza vigenti	10

	Qualora già ottemperato ai criteri del punto 11, per predisposizione di spazi "Baby Pit Stop" - punto allattamento	10
	Presenza di parcheggi privati o di convenzioni con parcheggi pubblici e/o privati	5
	Servizio di wi-fi gratuito	5
	Superficie minima dei locali superiore a 80 mq per locali di tipologia funzionale di bar e di 100 mq per locali di tipologia funzionale di ristorazione, misurata con esclusione dei magazzini, spogliatoi, depositi, servizi igienici, cucina e aree esterne.	60
	Per ogni metro quadrato di plateatico esterno in proprietà col massimo di 30 punti attribuibili per questo criterio (ovvero ai plateatici superiori ai 30 mq saranno attribuiti sempre al massimo 30 punti)	1
	Utilizzo di apparecchi finalizzati alla riduzione dell'impatto energetico (con esclusione dei forni e delle apparecchiature di riscaldamento cibi) in categoria di consumo migliore alla classe "B"	20
	Presenza di una sala o area riservata ai clienti che sono accompagnati dal loro cane con idonei contenitori usa e getta per la somministrazione di alimenti e acqua	10

Data _____

firma _____

Nel caso in cui il tecnico non possieda la firma digitale, dovrà firmare a mano la presente asseverazione, apporvi il proprio timbro e allegare la copia della carta d'identità.

Oggetto: Autocertificazione criteri di qualità della gestione. Regolamentazione delle attività di somministrazione di alimenti e bevande - modifica alla precedente regolamentazione approvata con DCC n. 4/2011

Al Dirigente dell'Ufficio Commercio
Comune di Cittadella

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
codice fiscale n.: _____ Tel. n. _____
in qualità di Titolare/Legale Rappresentante dell'impresa _____
_____;

DICHIARA

di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000;

E AUTOCERTIFICA

che in riferimento alla pratica avente codice SUAP _____ l'attività di somministrazione di alimenti e bevande ha le seguenti caratteristiche:

Apporre una x nei riquadri della prima colonna della seguente tabella per autocertificare la presenza delle caratteristiche di seguito specificate

<input type="checkbox"/>	Presenza di menù o listini in italiano ulteriormente tradotti in almeno tre lingue Straniere	25
<input type="checkbox"/>	Adesione a protocolli d'intesa in materia di orario.	35
<input type="checkbox"/>	Utilizzo di alimenti freschi e/o di prodotti dell'agricoltura biologica o dell'allevamento biologico, senza utilizzo di prodotti precotti industriali.	15
<input type="checkbox"/>	A) Tutela della cucina locale, con somministrazione di piatti tipici, senza utilizzo di prodotti precotti industriali, corrispondente anche alle forme pubblicitarie dell'esercizio con l'utilizzo prevalente di prodotti locali e/o a km 0	30
<input type="checkbox"/>	B) In alternativa, utilizzo esclusivo di prodotti locali, prodotti coltivati, allevati, pescati sul territorio Veneto	30
<input type="checkbox"/>	C) In alternativa, utilizzo esclusivo di prodotti locali, prodotti coltivati, allevati, pescati sul territorio Veneto con somministrazione di piatti tipici della tradizione locale Cittadellese e/o Veneta	35
<input type="checkbox"/>	Presenza di menù per persone affette da celiachia o da altre intolleranze alimentari con dotazione di idonee separazioni delle lavorazioni che garantiscano la non contaminazione degli alimenti	30
<input type="checkbox"/>	Prevalenza dei posti a sedere dedicati esclusivamente all'attività di ristorazione rispetto a quelli dedicati al Bar	20

Data _____

firma _____

Nel caso in cui il tecnico non possieda la firma digitale, dovrà firmare a mano la presente asseverazione, apporvi il proprio timbro e allegare la copia della carta d'identità.