

ALL. 1

All'Ufficio del Dipartimento
Prevenzione della ASL
di _____

E p.c.

Al Comune di _____

**NOTIFICA UNITA' D'IMPRESA DEL SETTORE ALIMENTARE CON PROCEDURA DI
DENUNCIA INIZIO ATTIVITA' AI FINI DELLA REGISTRAZIONE - PROD. PRIMARIA
(Art. 6 del Reg. C.E. n. 852/2004)**

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Cognome _____	Nome _____
Cod. Fisc. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Data di nascita _____	Cittadinanza _____
Luogo di nascita: Stato _____	Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____	Comune _____
In Via/piazza _____	N° _____ C.A.P. _____
Tel. _____	Cell. _____ Fax _____ e-mail _____

In qualità di:

<input type="checkbox"/> Titolare della omonima impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Presidente di _____
Denominazione o ragione sociale _____		
Cod. Fisc. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		P. IVA _____
Con sede legale nel Comune di _____		Provincia _____
In Via/piazza _____		N° _____ C.A.P. _____
Tel. _____	Cell. _____	Fax _____ e-mail _____
N. iscr. al registro imprese _____		CCIAA di _____

NOTIFICA :

- Apertura nuova attività**
- Variazione di** **titolarità** **sede legale** **nome ditta** senza variazioni a locali e/o impianti e/o attrezzature.
 attività (specificare) _____
- Esistenza dell'attività di:** _____
- Cessazione dell'attività esistente di:** _____
- Altro** _____

DATI PRECEDENTE ESERCENTE

Titolare/legale Rappresentante/Presidente -Cognome _____	Nome _____
Denominazione o Ragione sociale _____	
Insegna dell'azienda _____	

SEDE OPERATIVA
Presso La sede operativa sita nel Comune di _____ Frazione/contrada
In via/Piazza _____ N° _____
Insegna dell'Azienda _____

A carattere

permanente Stagionale, periodo di attività dal _____ al _____

TIPOLOGIA DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Produzione primaria ed eventuali operazioni connesse (allegato I al Reg. CE n. 852/2004) (specificare) :

- In campo
 In serra
 In allevamento
 Altro

L'ATTIVITA' SOPRA INDICATA RIGUARDA I SEGUENTI PRODOTTI/SOSTANZE ALIMENTARI:

Altro :

DICHIARA

1. di essere informato che la presente comunicazione è valida esclusivamente per la registrazione dell'attività ai sensi del Reg. 852/2004 e non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell'avvio dell'attività:
 - di rispettare i requisiti generali in materia d'igiene di cui al Reg. CE n. 852/04 applicabili in relazione all'attività svolta.
 - di osservare le raccomandazioni contenute nel manuale di corretta prassi igienica eventualmente adottato.
 - di registrare l'uso di qualsiasi Prodotto Fitosanitario (ex quaderno di campagna) e dei biocidi.
 - di registrare l'uso di farmaci veterinari.

2. che l'attività opera nel rispetto delle vigenti norme, prescrizioni e autorizzazioni in materia di ambientale ed edilizio-urbanistica, di smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, di approvvigionamento idrico-potabile, di emissioni rumorose in ambiente esterno (ove previsto), di prevenzione incendi (ove previsto) e di essere in possesso della relativa necessaria documentazione.

3. che comunicherà ogni successiva modifica a quanto sopra descritto e l'eventuale cessazione dell'attività.

Autorizza per gli effetti del Dlgs. 30 giugno 2003, n° 196 codesta P.A. al trattamento dei propri dati personali, a cura del Personale dell'Azienda Sanitaria Locale preposto alla conservazione delle notifiche e all'utilizzo delle stesse per il procedimento di registrazione.

Il sottoscritto, ai sensi ed effetti degli art. 46, 47, 48, 75 e 76 del DPR 445/2000, è consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità in atti e uso di atti falsi, delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera e rimozione dei suoi effetti.

Data ____/____/____

In fede
(firma per esteso e leggibile del legale rappresentante)

ASL di _____ Ufficio del Dipartimento di Prevenzione _____

Per attestazione di ricevimento, previa identificazione del sottoscrittore, mediante:

Data ____/____/____

Il dipendente addetto a ricevere l'atto