

**MODELLO PER LA NOTIFICA DELL'ATTIVITA' ALIMENTARE AI SENSI DELL'ART. 6
COMMA 2 REGOLAMENTO CE 852/04**

(Il presente modello comprensivo di allegati deve essere presentato in 3 copie)

Spazio per timbro protocollo

(indicare con una crocetta X il tipo di intervento)

AL COMUNE DI

Variazione dati - (la variazione della Ragione Sociale è soggetta al pagamento di € 15,11 per diritti di registrazione ASL ai sensi del Reg. CE 852/ 04, pagabile su c/c postale 27344506 intestato ad Azienda USL 10 Firenze, con causale: diritti igiene pubblica non soggetti IVA art. 4)

Subingresso - (soggetto a pagamento € 15,11 per registrazione ASL ai sensi del Reg. CE 852/04, pagabile su c/c postale come sopra)

Affidamento di reparto - (soggetto a pagamento €15,11 per registrazione ASL ai sensi Reg. CE 852/04 pagabile su c/c postale come sopra)

Cessazione - (non soggetta al pagamento di € 15,11 per registrazione ASL)

Il / la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov.____)

Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Residenza: Comune di: _____ Cap _____ (Prov. _____)

Indirizzo _____ n. _____

Tel.: _____ cell.: _____ Fax: _____

E-mail ¹ _____@_____ [] posta elettronica certificata

In qualità di:

[] titolare di ditta individuale [] legale rappresentante [] altro _____

Denominazione _____

¹ Campo facoltativo compilando il quale il sottoscrittore autorizza la trasmissione di comunicazione ordinarie a tale indirizzo e -mail

Piano: Terreno [] Primo [] Secondo [] Terzo [] Quarto [] _____ []
[] catasto terreni [] catasto fabbricati – Foglio di mappa _____ particella/ e
_____ sub _____
per l'attività di _____

N.B. In caso di modifica dei locali, dell'attività o ciclo produttivo occorre compilare ANCHE il modello relativo alla modifica dell'attività

L' AFFIDAMENTO DI REPARTO a:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Residenza: Comune di _____ Cap _____ (Prov. ____)

Indirizzo _____ n. _____ cell: _____

In qualità di:

[] titolare di ditta individuale [] legale rappresentante [] altro: _____

Denominazione _____

Forma societaria (es. SRL, SAS, SPA ecc....): indicare _____

Partita IVA: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ (11 caratteri)

Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ (16 caratteri)

Sede: Comune di: _____ Cap _____ (Prov _____)

Indirizzo _____ n. _____ cell: _____

Fax: _____ per l'attività di _____

di cui all'autorizzazione sanitaria / D.I.A. / Notifica n. _____ del _____

DICHIARA:

che l'attuale stato dei locali corrisponde a quello già autorizzato/comunicato.

(Firma di chi prende in gestione il reparto per accettazione)

LA CESSAZIONE DI ATTIVITA'

Comunica di aver cessato in data _____ l'attività svolta:

nell'esercizio

nel posteggio n. _____ ubicato in Via /P.za _____

(se il campo di compilazione è insufficiente allegare elenco aggiuntivo)

DICHIARA altresì:

- di rispettare quanto previsto dal Regolamento CE n. 852/04 e relativi allegati afferenti l'attività esercitata;
- di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente;

Se cittadino straniero:

dichiara di aver cittadinanza : _____ e:

a) di essere in possesso di permesso di permesso di soggiorno n. _____
rilasciato da _____ il _____ per i seguenti
motivi _____ con validità fino al _____ con richiesta di
rinnovo presentata il _____;

b) di essere in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciata da
_____ il _____ con validità fino al _____
rilasciato per i seguenti motivi _____;

Il sottoscritto comunica e dichiara tutto ciò, ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000, con la consapevolezza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma leggibile

*Allegare copia documento
identità del sottoscrittore*

Nota: Si precisa che ogni variazione significativa di attività, struttura e/o ciclo produttivo, nonché la cessazione dell'attività devono essere comunicate.

ALLEGATI

Alla presente notifica devono essere allegati:

1. Fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.