

All' Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Servizio di igiene e sanità pubblica del Comprensorio Sanitario
di _____

Servizio Veterinario del Comprensorio Sanitario
di _____

Inviato dal Comune di _____

DENUNCIA INIZIO ATTIVITA' MODELLO B SETTORE ALIMENTARE AI FINI DELLA REGISTRAZIONE			
La sottoscritta o il sottoscritto			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Data di nascita			
Luogo di nascita: Comune		Provincia	Stato
Residenza: Comune		Provincia	
Via/P.zza		n°	C.A.P.
Tel.	Cell.	Fax	
e-mail			
In qualità di:			
<input type="checkbox"/> Titolare		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	
Denominazione e/o ragione sociale e nome dell'attività oggetto della presente DIA:			
P.IVA	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Sede legale <input type="checkbox"/> Sede operativa			
nel Comune di		Prov.	
Via/P.zza		n°	C.A.P.
Tel.	Cell.	Fax	
e-mail			
Luogo ove si svolge l'attività (si prega di compilare un modulo di denuncia per ogni singolo stabilimento!)			
Comune di		Prov.	
Via/P.zza		n°	C.A.P.
Tel.	Cell.	Fax	
e-mail			

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLE ATTIVITÀ CHE SI INTENDONO SVOLGERE ED ELENCO DELLE SOSTANZE ALIMENTARI PRODOTTE E/O COMERCIALIZZATE

elenco dei locali

locale n. 1 adibito a: _____

locale n. 2 adibito a: _____

locale n. 3 adibito a: _____

locale n. 4 adibito a: _____

locale n. 5 adibito a: _____

locale n. 6 adibito a: _____

locale n. 7 adibito a: _____

locale n. 8 adibito a: _____

locale n. 9 adibito a: _____

locale n. 10 adibito a: _____

Approvvigionamento idrico e smaltimento acque reflue

Modalità di espulsione di fumi ed odori

Nelle pagine successive dovranno essere descritte le caratteristiche dei singoli locali e delle attrezzature; si prego di riprodurre un numero sufficiente di pagine per comprendere tutti i locali:

ELENCO E DESCRIZIONE LOCALI (SUPERFICIE, ALTEZZA, RIVESTIMENTI PARETI E PAVIMENTI, ILLUMINAZIONE ED AERAZIONE)

LOCALE N.

elenco e descrizione degli impianti, arredi, macchinari ed attrezzature relative al sopradescritto locale

LOCALE N.

elenco e descrizione degli impianti, arredi, macchinari ed attrezzature relative al sopradescritto locale

LOCALE N.

elenco e descrizione degli impianti, arredi, macchinari ed attrezzature relative al sopradescritto locale

LOCALE N.

elenco e descrizione degli impianti, arredi, macchinari ed attrezzature relative al sopradescritto locale

DICHIARA

- che i locali, gli ambienti, le attrezzature, gli impianti e gli eventuali mezzi di trasporto rispettano i requisiti igienici prescritti dalle vigenti disposizioni di legge e in particolare dall'Allegato II al Regolamento 2004/852/CE e sono conformi a quanto dichiarato nella planimetria.
- di essere consapevole dell'obbligo di redigere apposito piano di autocontrollo ai sensi del Regolamento 2004/852/CE.
- di essere informato che la presente comunicazione è valida esclusivamente per la registrazione ai sensi dei Regolamenti 2004/852/CE e 2004/853/CE e non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell'avvio della attività.
- **che comunicherà ogni successiva modifica a quanto sopra descritto, adeguatamente documentata, e l'eventuale cessazione di attività.**

DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità che non sussistono nei suoi confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 e successive modificazioni (antimafia);

di essere consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni verranno applicate le sanzioni penali previste e decadrà il beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003):

Titolare dei dati è l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. I dati forniti verranno trattati dall'Azienda sanitaria anche in forma elettronica, per l'elaborazione della presente dichiarazione. Responsabile del trattamento è l'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate.

In base agli articoli 7-10 del D.Lgs. 196/2003 il/la richiedente ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

Luogo e data della sottoscrizione

IL/LA DICHIARANTE

(La firma **non deve** essere autenticata)

N.B.:

Quando la firma non è apposta in presenza del dipendente addetto al ricevimento della pratica, occorre allegare fotocopia del documento d'identità della dichiarante o del dichiarante.

ALLEGA ALLA COPIA DESTINATA ALL'AZIENDA SANITARIA I SEGUENTI DOCUMENTI :

1 copia della **planimetria** dei locali, dove viene svolta l'attività oggetto delle presente notifica, in scala adeguata e preferibilmente 1:100. Deve essere indicata la disposizione spaziale dello stabilimento, la destinazione d'uso di ogni locale, la superficie, la collocazione delle attrezzature principali.

Fotocopia della ricevuta del versamento per spese per la registrazione effettuato al Comprensorio sanitario territorialmente competente dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.

Comprensorio sanitario di **BOLZANO**

Bonifico bancario: **IBAN IT20 B032 4011 6106 5110 0928 736**

Conto Corrente Postale: **77368520**

Comprensorio sanitario di **MERANO**

Bonifico bancario: **IBAN IT46 S032 4011 6106 5110 0928 813**

Conto Corrente Postale: **77368660**

Comprensorio sanitario di **BRESSANONE**

Bonifico bancario: **IBAN IT76 U032 4011 6106 5110 0928 999**

Conto Corrente Postale: **77368751**

Comprensorio sanitario di **BRUNICO**

Bonifico bancario: **IBAN IT62 Y032 4011 6106 5110 0929 151**

Conto Corrente Postale: **77368843**

Spazio riservato all'ufficio

Data di presentazione al Comune di _____

Data registrazione _____ **Numero di registrazione all'A.S.** _____