

Allegato A/2



COMUNE DI ROCCAGORGA

La notifica deve essere indirizzata al Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL competente per il tramite del Comune.

protocollogenerale@comunerocccagorga.telecompost.it
suap@comunerocccagorga.lt.it
 tel. 0773 960822

NOTIFICA IMPRESA SETTORE ALIMENTARE AI FINI DELLA REGISTRAZIONE (Art. 6 REGOLAMENTO CE n. 852/04 e D.G.R. n. 3 del 14.01.2011)

- NOTIFICA PER MODIFICA ATTIVITA' REGISTRATA**
 NOTIFICA PER CESSATA ATTIVITA'

Il sottoscritto Cognome _____	Nome _____
C.F. _____	Cittadinanza _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo nascita: Stato _____	Comune _____ Provincia _____
Data nascita _____	
Residenza: Comune _____	Provincia _____
Via, Piazza _____	n. _____ CAP _____
Cell. _____	Fax. _____ e-mail _____
	pec _____

In qualità di: (soggetto giuridico dettagliato)

Partita IVA/ C.F. _____
con sede legale nel Comune di _____
Provincia _____
Via, Piazza _____
n. _____ CAP _____
Tel _____
N. di iscrizione al Registro imprese _____
CCIAA _____
Cell. _____
Fax. _____
e-mail _____
pec _____

NOTIFICA

Per la seguente attività (1) _____
 sita/e in Via _____
 n. _____ C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

- CAMBIO DEL NOME DELLA DITTA O DELLA RAGIONE SOCIALE
 CAMBIO DELLA SEDE LEGALE

DA _____

A _____

(1) indicare per esteso le attività specificate nell'elenco di cui all'Allegato B, utilizzando esclusivamente le voci presenti nella colonna D con relativo codice;

A tal fine il sottoscritto _____ ai sensi ed effetti degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni penali previste dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 anche per i reati di *falsità in atti e uso di atto falso, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera*, dichiara che l'attività oggetto della presente notifica è conforme a quanto previsto dalla normativa vigente in materia sicurezza alimentare, approvvigionamento idrico e raccolta e smaltimento dei reflui e rifiuti e che non ha subito modifiche strutturali, impiantistiche e/o di ciclo produttivo.

Si impegna a notificare ogni ulteriore variazione relativa al nome della ditta individuale o alla ragione sociale, alla sede legale, all'attività produttiva svolta, nonché alla chiusura dell'unità di impresa.

Si impegna altresì a comunicare al Dipartimento di Prevenzione della ASL la modifica del legale rappresentante

- CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

A tal fine il sottoscritto, _____ ai sensi ed effetti degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 dichiara di, essere consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni penali previste dell'art.76 del D.P.R.445/2000 anche per *i reati di falsità in atti e uso di atto falso*

Autorizza per gli effetti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n° 196 codesta P.A. al trattamento dei propri dati personali, a cura del personale assegnato all'ufficio della Azienda U.S.L. preposto alla conservazione delle notifiche ed all'utilizzo delle stesse per il procedimento di registrazione.

Il sottoscritto COMUNICA che la presente notifica segue ed integra la DIA n. _____ del ___/___/_____
 o l'Autorizzazione Sanitaria n. _____ del ___/___/_____

Data _____

Firmato digitalmente

Allegati: **attestazione di avvenuto pagamento** della tariffa di euro 50,00 e **fotocopia del documento di riconoscimento** in corso di validità.