

AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL RM H

Per il Tramite del Comune di _____

Allegato A/2

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

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. **Il versamento di € 50,00 dovrà avvenire a favore dell'Azienda ASL/RM H mediante bonifico bancario - coordinate bancarie:**

6

**Paese IT CIN EUR 97 CIN 0 ABI 02008 CAB 38864 Conto n. 000400007355;
Causale: Dipartimento di Prevenzione Registrazione attività Reg. n. 852/04**