

## Amministrazione destinataria

## Ufficio destinatario



**Modello unico regionale per segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) sanitaria, comunicazione e riconoscimento per linee d'attività inerenti la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria non ricompresi negli accordi Stato-Regioni vigenti**

**Richiesta di riconoscimento per una impresa senza sede fissa**

Da utilizzare esclusivamente per stabilimenti a sede fissa per i quali è prevista la presentazione della planimetria

**Il sottoscritto**

Cognome	Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	
Cittadinanza				
Residenza				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato
Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

**in qualità di** (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)

Ruolo	
Denominazione/Ragione sociale	
Tipologia	
Sede legale	
Provincia	Comune
Indirizzo	Civico
Barrato	Interno
Scala	Piano
SNC	CAP
Codice Fiscale	Partita IVA
Telefono	Posta elettronica ordinaria
Posta elettronica certificata	
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	
Provincia	Numero Iscrizione

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

## CHIEDE

il riconoscimento dell'impresa relativamente alla linea d'attività indicata nella master list allegata la cui attività prevede il riconoscimento ai sensi del Reg CE

### Regolamento CE di riferimento

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA E CERTIFICA

- ☒ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159

Inoltre si impegna, ad ogni effetto di legge, a

- ☒ rispettare l'obbligo di comunicare ogni successiva modifica significativa a quanto sopra descritto ivi compresa la cessazione dell'attività

Dichiara inoltre di essere informato

- ☒ che le attività non possono essere iniziate fino all'ottenimento dell'atto di riconoscimento  
☒ degli obblighi previsti dal Decreto legislativo 19/11/2008, n. 194 sui diritti sanitari  
☒ dell'eventualità che per le linee d'attività svolte nello stabilimento, la master list preveda l'obbligo di compilare schede supplementari  
☒ che eventuali variazioni delle informazioni riportate nelle schede supplementari devono obbligatoriamente essere comunicate all'ASL via pec oppure in via autonoma mediante accreditamento al sistema informatico GISA  
☒ che il mancato aggiornamento delle schede supplementari alla presente notifica è considerata una non conformità da cui può scaturire la contestazione di sanzioni

### ☐ referente per la pratica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☒ master list con indicate le linee di attività svolte  
☒ scheda anagrafica ex accordo 46/2017  
☒ documentazione allegata alla notifica sanitaria (allegati, schede supplementari e form)  
*(per conoscere l'elenco della documentazione da allegare consulta la master list)*  
☐ ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*  
☐ ulteriori immobili oggetto del procedimento  
☐ copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*  
☐ copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura  
☐ altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet

Luogo

Data

il dichiarante