

di \_\_\_\_\_

e p.c.

Al Comune di \_\_\_\_\_

**NOTIFICA UNITA' D'IMPRESA DEL SETTORE ALIMENTARE CON PROCEDURA DI  
DENUNCIA INIZIO ATTIVITA' AI FINI DELLA REGISTRAZIONE – PROD. PRIMARIA  
(Art. 6 del Reg. C.E. n. 852/2004)**

S  
C  
R  
I  
V  
E  
R  
E  
I  
N  
S  
T  
A  
M  
P  
A  
T  
E  
L  
L  
O

Cognome _____	Nome _____
Cod. Fisc. _____	
Data di nascita _____	Cittadinanza _____
Luogo di nascita: Stato _____	Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____	Comune _____
In Via/piazza _____	N° _____ C.A.P. _____
Tel. _____ Cell. _____	Fax _____ e-mail _____

**In qualità di:**

<input type="checkbox"/> Titolare della omonima impresa individuale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> Presidente di _____
Denominazione o ragione sociale _____		
Cod. Fisc. _____	P. IVA _____	
Con sede legale nel Comune di _____	Provincia _____	
In Via/piazza _____	N° _____	C.A.P. _____
Tel. _____ Cell. _____	Fax _____	e-mail _____
N. iscr. al registro imprese _____	CCIAA di _____	

**NOTIFICA:**

<input type="checkbox"/> <b>Apertura nuova attività</b>
<input type="checkbox"/> <b>Variazione</b> di <input type="checkbox"/> <b>titolarità</b> <input type="checkbox"/> <b>sede legale</b> <input type="checkbox"/> <b>nome ditta</b> senza variazioni a locali e/o impianti e/o attrezzature <input type="checkbox"/> <b>attività</b> (specificare) _____
<input type="checkbox"/> <b>Esistenza</b> dell'attività di: _____
<input type="checkbox"/> <b>Cessazione</b> dell'attività esistente di: _____
<input type="checkbox"/> <b>Altro:</b> _____

**DATI PRECEDENTE ESERCENTE**

Titolare/legale Rappresentante/Presidente -Cognome _____	Nome _____
Denominazione o Ragione sociale _____	
Insegna dell'azienda _____	

**Presso**

La sede operativa sita nel Comune di ..... Frazione/Contrada .....

In via/Piazza ..... N° .....

Insegna dell'azienda .....

**A carattere**

permanente  Stagionale, periodo di attività dal ..... al .....

## TIPOLOGIA DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

**Produzione primaria ed eventuali operazioni connesse (allegato I al Reg. CE n. 852/2004)**  
**(specificare):** .....

- In campo
- In serra
- In allevamento
- Altro

### L'ATTIVITA' SOPRA INDICATA RIGUARDA I SEGUENTI PRODOTTI/SOSTANZE ALIMENTARI:

Altro: .....

### DICHIARA

1. di essere informato che la presente comunicazione è valida esclusivamente per la registrazione dell'attività ai sensi del Reg. 852/2004 e non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell'avvio dell'attività:
  - di rispettare i requisiti generali in materia d'igiene di cui al Reg. CE n. 852/04 applicabili in relazione all'attività svolta.
  - di osservare le raccomandazioni contenute nel manuale di corretta prassi igienica eventualmente adottato.
  - di registrare l'uso di qualsiasi Prodotto Fitosanitario (ex quaderno di campagna) e dei biocidi
  - di registrare l'uso dei farmaci veterinari
2. che l'attività opera nel rispetto delle vigenti norme, prescrizioni e autorizzazioni in materia di ambientale ed edilizio-urbanistica, di smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, di approvvigionamento idrico-potabile, di emissioni rumorose in ambiente esterno (ove previsto), di prevenzione incendi (ove previsto).e di essere in possesso della relativa necessaria documentazione .
3. che comunicherà ogni successiva modifica a quanto sopra descritto e l'eventuale cessazione dell'attività.

**Autorizza per gli effetti del Dlgs. 30 giugno 2003, n° 196 codesta P.A. al trattamento dei propri dati personali, a cura del Personale dell'Azienda Sanitaria Locale preposto alla conservazione delle notifiche e all'utilizzo delle stesse per il procedimento di registrazione.**

**Il sottoscritto, ai sensi ed effetti degli art. 46, 47 e 48 del DPR 445/2000, è consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità in atti e uso di atti falsi, delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

Data ..... / ..... / .....

**In fede**

(firma per esteso e leggibile del legale rappresentante)

---

ASL di ..... Ufficio del Dipartimento di Prevenzione .....

**Per attestazione di ricevimento, previa identificazione del sottoscritto mediante:**

Data ..... / ..... / .....

Il dipendente addetto a ricevere l'atto

---