All' Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Comprensorio Sanitario di _____

Servizio Veterinario del Comprensorio Sanitario di ____

_____

REGISTRAZIONE DEGLI OPERATORI DEL SETTORE ALIMENTARE

Il sottoscritto firmatario della presente			
Cognome		**Nome**	
Codice Fiscale			
Data di nascita			
Luogo di nascita: Comune		Provincia	Stato
Residenza: Comune		C.A.P.	Provincia
Via/P.zza		n°	
Tel.	Cell.	Fax	
e-mail			
In qualità di:			
☐ **Titolare**		☐ **Legale rappresentante**	
Denominazione e/o ragione sociale (ad es. "ROSSI snc")		**Insegna dell'attività (ad es. "BAR TEO")**	
P.IVA			
Sede legale nel Comune di		C.A.P.	Prov.
Via/P.zza		n°	
Tel.	Cell.	Fax	
e-mail			
Luogo ove si svolge l'attività – Sede operativa[1] (se diversa dalla sede legale):			
Comune di		C.A.P.	Prov.
Via/P.zza		n°	
Tel.	Cell.	Fax	
e-mail			

[1] Si prega di compilare un modulo di denuncia per ogni singola sede operativa.

IL SOTTOSCRITTO, IN RELAZIONE ALL'ATTIVITA' DI CUI SOPRA,

DENUNCIA

- ☐ **INIZIO DELL'ATTIVITA' IN DATA** _____
- ☐ **MODIFICA DELLA RAGIONE SOCIALE ***
- ☐ **MODIFICA DEI DATI DEL/DELLA TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE ***
- ☐ **CHIUSURA/CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ CON DECORRENZA DAL** _____
  (La denuncia di chiusura dell'attività non è soggetta a pagamento della tariffa.)
- ☐ **MODIFICHE DEL TIPO DI SOSTANZE ALIMENTARI PRODOTTE E/O COMMERCIALIZZATE**
- ☐ **MODIFICHE STRUTTURALI E/O IMPIANTISTICHE (ad es. locali, impianti di produzione)**
- ☐ **ALTRO, SPECIFICARE** _____

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLE MODIFICHE / DEI DATI NUOVI:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

*** Nei casi di denuncia in merito alla <u>chiusura dell'attività</u>, alla <u>modifica della ragione sociale</u> e/o alla <u>modifica del titolare/legale rappresentante</u> NON proseguire la compilazione della presente dichiarazione e firmare a pagina 6.**

In tutti gli altri casi proseguire con la compilazione della presente dichiarazione.

INDIVIDUAZIONE DELLA CATEGORIA DI ATTIVITA' SVOLTA (barrare una o più opzioni)

☐ Produzione primaria – coltivazione di frutta e verdura
DESCRIZIONE

☐ Produzione primaria – allevamento di animali (bovini – suini – ovicaprini – pollame – api – pesci ecc)
DESCRIZIONE

☐ Imprese agricole che svolgono produzione, lavorazione e vendita al pubblico di prodotti agricoli (alimenti)
DESCRIZIONE

☐ Agriturismo
DESCRIZIONE

☐ Produzione lavorazione e confezionamento a livello industriale
DESCRIZIONE

☐ Produzione con vendita diretta – asporto (gastronomia – pizza al taglio – pasticcerie – macellerie – gelaterie ecc.)
DESCRIZIONE

☐ **Commercio e distribuzione all'ingrosso di alimenti**

DESCRIZIONE

☐ **Commercio e distribuzione al dettaglio di alimenti (anche e-commerce)**

DESCRIZIONE

☐ **Ristorazione e somministrazione di alimenti e bevande**

DESCRIZIONE

☐ **Mense e ristorazione collettiva**

DESCRIZIONE

☐ **Trasporto commerciale di alimenti conto terzi**

DESCRIZIONE

☐ **Altro**

DESCRIZIONE

ELENCO DEI LOCALI CHE RIGUARDANO L'ATTIVITA':		
	superficie	altezza
1)	mq	m
2)	mq	m
3)	mq	m
4)	mq	m
5)	mq	m
6)	mq	m
7)	mq	m
8)	mq	m
9)	mq	m
10)	mq	m

DICHIARA INOLTRE CHE L'ESERCIZIO DISPONE DI:

MAGAZZINO	NO	SI	mq
LOCALE O ZONA SPOGLIATOIO	NO	SI	mq
WC PER IL PUBBLICO	NO	SI	
WC PER IL PERSONALE	NO	SI	

RIFORNIMENTO IDRICO:

ACQUEDOTTO PUBBLICO	NO	SI
ACQUEDOTTO PRIVATO	NO	SI

DICHIARA[2]

- **che i locali e le relative pertinenze, 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 in possesso della documentazione comprovante la destinazione d'uso dei locali, la prevenzione incendi, l'idoneità dell'acqua potabile, la conformità dello smaltimento delle acque reflue, la conformità del corretto ed idoneo convogliamento di fumi e vapori oltre il colmo del tetto e comunque in posizione tale da non arrecare disturbo al vicinato;**
- **di essere consapevole dell'obbligo di redigere ed applicare le procedure ai sensi Regolamento 2004/852/CE;**
- **di essere informato che la presente denuncia è valida esclusivamente per la registrazione ai sensi del Regolamento 2004/852/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.**

[2] La presente dichiarazione non è riferita alle denunce di sola cessazione dell'attività.

DICHIARA INOLTRE

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 (normativa 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 richiesta. Responsabili del trattamento sono i Direttori dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica e del Servizio Veterinario dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano ognuno per la parte di competenza.
I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione
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 e 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[3]

---

[3] La firma **non deve** essere autenticata. 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.

ALLEGATI:

- Pianta planimetrica dei locali in scala (1:100; in alternativa: 1:50 o 1:25) corrispondente allo stato attuale con indicazione in chiaro del reale utilizzo e della superficie netta di ciascun vano.

- Fotocopia della ricevuta del versamento per spese per la registrazione (€ 50,00) 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**