

**MODELLO PER LA NOTIFICA DELL'ATTIVITA' ALIMENTARE AI SENSI DELL'ART. 6  
COMMA 2 REGOLAMENTO CE 852/04**

*(Il presente modello comprensivo di allegati deve essere presentato in 3 copie)*

Spazio per timbro protocollo

AL COMUNE DI

\_\_\_\_\_

(indicare con una crocetta X il tipo di intervento)

**Variazione dati** - (la variazione della Ragione Sociale è soggetta al pagamento di € 15,00 per diritti di registrazione ASL ai sensi del Reg. CE 852/ 04; pagabile su c/c postale n. 27344506 intestato alla Azienda USL 10 Firenze con causale: diritti Igiene Pubblica non soggetti a IVA art.4)

**Subingresso** - (soggetto a pagamento € 15,00 per registrazione ASL ai sensi del Reg. CE 852/04 pagabile su c/c postale come sopra)

**Affidamento di reparto** - (soggetto a pagamento €15,00 per registrazione ASL ai sensi Reg. CE 852/04 pagabile su c/c postale come sopra)

**Cessazione** - (non soggetta al pagamento di € 15,00 per registrazione ASL)

Il / la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_)

Codice Fiscale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

Residenza: Comune di: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail <sup>1</sup> \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ [ ] posta elettronica certificata

In qualità di:

[ ] titolare di ditta individuale [ ] legale rappresentante [ ] altro \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Campo facoltativo compilando il quale il sottoscrittore autorizza la trasmissione di comunicazione ordinarie a tale indirizzo e -mail



Piano: Terreno [ ] Primo [ ] Secondo [ ] Terzo [ ] Quarto [ ] \_\_\_\_\_ [ ]  
[ ] catasto terreni [ ] catasto fabbricati – Foglio di mappa \_\_\_\_\_ particella/ e  
\_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_  
per l'attività di \_\_\_\_\_

**N.B. In caso di modifica dei locali, dell'attività o ciclo produttivo occorre compilare ANCHE il modello relativo alla modifica dell'attività**

**L' AFFIDAMENTO DI REPARTO a:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Codice Fiscale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (16 caratteri)

Cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_

Residenza: Comune di \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_

In qualità di:

[ ] titolare di ditta individuale [ ] legale rappresentante [ ] altro: \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_

Forma societaria (es. SRL, SAS, SPA ecc....): indicare \_\_\_\_\_

Partita IVA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (11 caratteri)

Codice Fiscale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (16 caratteri)

Sede: Comune di: \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_)

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ per l'attività di \_\_\_\_\_

di cui all'autorizzazione sanitaria / D.I.A. / Notifica n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

che l'attuale stato dei locali corrisponde a quello già autorizzato/comunicato.

\_\_\_\_\_  
(Firma di chi prende in gestione il reparto per accettazione)

**LA CESSAZIONE DI ATTIVITA'**

Comunica di aver cessato in data \_\_\_\_\_ l'attività svolta:

nell'esercizio

nel posteggio n. \_\_\_\_\_ ubicato in Via /P.za \_\_\_\_\_

(se il campo di compilazione è insufficiente allegare elenco aggiuntivo)

**DICHIARA altresì:**

- di rispettare quanto previsto dal Regolamento CE n. 852/04 e relativi allegati afferenti l'attività esercitata;
- di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente;

*Se cittadino straniero:*

dichiara di aver cittadinanza : \_\_\_\_\_ e:

a) di essere in possesso di permesso di permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_ con richiesta di rinnovo presentata il \_\_\_\_\_;

b) di essere in possesso di carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con validità fino al \_\_\_\_\_ rilasciato per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;

***Il sottoscritto comunica e dichiara tutto ciò, ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000, con la consapevolezza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti***

*Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_  
*Allegare copia documento  
identità del sottoscrittore*

**Nota: Si precisa che ogni variazione significativa di attività, struttura e/o ciclo produttivo, nonché la cessazione dell'attività devono essere comunicate.**

**ALLEGATI**

Alla presente notifica devono essere allegati:

1. Fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

