

SEDE OPERATIVA

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 di 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, 48, 75 e 76 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 alla dichiarazione non veritiera e rimozione dei suoi effetti.

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 sottoscrittore, mediante:

Data ____/____/____

Il dipendente addetto a ricevere l'atto