

LOGO AUSL	Timbro protocollo ufficio ricevente	D ata <input type="text"/>
------------------	--	----------------------------

**Al Dipartimento di Sanità Pubblica
dell'Azienda U.S.L. di RIMINI
per il tramite dello Sportello Unico Attività Produttive
del Comune di Cattolica da inoltrare telematicamente a
protocollo@comunecattolica.legalmailpa.it**

Sede dell' impresa
Sede del/gli insediamento/i

Oggetto: DISTRIBUTORI AUTOMATICI -Reg. CE 852/2004

- NOTIFICA AI FINI DELLA REGISTRAZIONE ALL' ATTO DI AVVIO DELL' ATTIVITÀ**
 DICHIARAZIONE PERIODICA DI AGGIORNAMENTO per impresa già notificata
 (contiene la situazione aggiornata alla data attuale). (Qualora non vi siano state variazioni ,
 intese come sostituzioni di tipologie diverse, nuove collocazioni o cessazione di alcune localizzazioni,
 non si effettua alcuna dichiarazione)

1. Operatore del settore alimentare

Il sottoscritto/a

Cognome Nome

Codice fiscale telefono fax

data di nascita cittadinanza sesso M F

Domicilio elettronico (e-mail/ PEC)

Luogo di nascita: stato Provincia comune

Via/ Piazza N. CAP.

nella sua qualità di:

Titolare dell' omonima impresa individuale:

Codice fiscale. (se già iscritto)

Partita I.V.A. (se diversa da C.F.)

con sede legale nel Comune di provincia

Via/ Piazza N. CAP

Tel

N. d'iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto)

CCIAA di

Legale rappresentante della Società/ Ente:

Denominazione o ragione sociale

Codice Fiscale Partita I.V.A. (se diversa da C.F.)

Domicilio elettronico (e-mail/PEC)

con sede legale nel Comune di provincia

Via/Piazza N. CAP

Tel. N. iscrizione al Registro Imprese CCIAA di

In caso di subingresso indicare la denominazione o ragione sociale e indirizzo della Ditta/ Ente a cui subentra:

NOTIFICA ai fini della REGISTRAZIONE i dati della propria impresa alimentare

AGGIORNAMENTO (1) DAL **AL**
Situazione distributori installati alla data attuale

Presso
l'Impresa /Ente

Comune di **Provincia**

Via **N.**

SU AREA **PUBBLICA (2)** **PRIVATA**

Numero distributori automatici di generi alimentari installati: **di cui:**

- n. di bevande/vivande calde
- n. di alimenti a T non controllata
- n. di alimenti a T controllata, di cui:
 - n. di frutta/verdura
 - n. di altri alimenti

Presso
l'Impresa/Ente

Comune di **Provincia**

Via **n.**

SU AREA **PUBBLICA (2)** **PRIVATA**

Numero distributori automatici di generi alimenti installati : **di cui :**

- n. di bevande/vivande calde
- n. di alimenti a T non controllata
- n. di alimenti a T controllata, di cui :
 - n. di frutta/verdura
 - n. di altri

Presso
l' Impresa/Ente

Comune di **Provincia**

Via **n.**

SU AREA **PUBBLICA(2)** **PRIVATA**

Numero distributori automatici di generi alimentari installati : **di cui :**

- n. di bevande/vivande calde
- n. di alimenti a T non controllata
- n. di alimenti a T controllata, di cui :
- n. di frutta/verdura
- n. di altri alimenti

Presso
l'Impresa /Ente

Comune di Provincia

Via n.

SU AREA PUBBLICA (2) PRIVATA

Numero distributori automatici di generi alimentari installati: di cui :

- n. di bevande/vivande calde
- n. di alimenti a T non controllata
- n. di alimenti a T controllata, di cui :
 - n. di frutta/verdura
 - n. di altri alimenti

(1) La comunicazione di aggiornamento deve essere effettuata **ogni 6 mesi**

(2) In caso di occupazione di area pubblica occorre essere in possesso dell' autorizzazione all' occupazione

**UBICAZIONE DEPOSITO (già notificato) A SERVIZIO DEGLI ALIMENTI E BEVANDE
COMMERCIALIZZATI A MEZZO DISTRIBUTORI AUTOMATICI**

COMUNE DI PROV.

VIA N.

TEL. CELL.

DATA FIRMA

Il sottoscritto dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 13 del Dlgs 196/03 che I dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene inoltrata la presente notifica.

DATA FIRMA

Documentazione da allegare (solo in caso di notifica ai fini dell' avvio dell' attività)

1. Fotocopia di un documento di identit in corso di validità di chi sottoscrive il modello nel caso di invio per posta o con altri sistemi.

2. Solo per I cittadini stranieri: dichiarazione di essere titolare di carta di soggiorno ovvero permesso di soggiorno n.

rilasciato dalla Questura di il valido fino al
e di cui si allega fotocopia.

Dichiarazioni

Il Sottoscritto /a dichiara:

1. Che sono rispettati I pertinenti requisiti generali e specifici in materia di igiene di cui all' art. 4 del Regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 in funzione della attività svolta e, per quanto compatibile, il Regolamento comunale d'igiene.
2. Che l'attività opera nel rispetto delle vigenti normative per quanto riguarda l'emissioni in atmosfera, lo smaltimento dei residui solidi e liquidi , l'approvvigionamento idrico.
3. Di impegnarsi a comunicare ogni successiva modifica significativa a quanto sopra descritto ivi compresa la cessazione dell'attività.
4. Di essere informato che la presente comunicazione non sostituisce altri eventuali adempimenti di legge previsti ai fini dell'avvio di attività.
5. Di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di chiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall' art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445

DATA FIRMA

- Versamento a favore dell' AUSL di 20 euro (come da tariffario regionale) con la dicitura nella causale delibera R.E.R. 69 del 22.12.2011- conto corrente postale n. 10970473- azienda U.S.L. Rimini- Servizio Tesoreria.