

**Allegato DIA/riconoscimento**  
*In bollo valore legale corrente*

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI  
PREVENZIONE DELLA AZIENDA USL DI  
LATINA**  
sede di **Aprilia**

per il tramite

S.U.A.P. COMUNE di .....

**DENUNCIA INIZIO ATTIVITA' SETTORE ALIMENTARE AI FINI DELLA Riconoscimento**

(D.L.vo 111/92 e successive modifiche ed integrazioni )

- D.I.A. Per Riconoscimento**  
 **Modifica**  
     **strutturale**  
     **societaria**  
 **Cessazione**

**Il sottoscritto firmatario della presente Cognome Nome** \_\_\_\_\_

**Partita IVA/C.F.** \_\_\_\_\_ **Cittadinanza** \_\_\_\_\_ **Sesso M \_ F \_**  
**Luogo nascita:** Stato \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_ **Comune** \_\_\_\_\_  
**Data nascita** \_\_\_\_\_ **Residenza:** **Provincia** \_\_\_\_\_ **Comune** \_\_\_\_\_  
**Via, Piazza** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **C.A.P.** \_\_\_\_\_  
**Cell.** \_\_\_\_\_ **Fax.** \_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- titolare dell'omonima impresa individuale**     **legale rappresentante della società**

**Denominazione o ragione sociale** \_\_\_\_\_  
**Partita IVA (se già iscritto)** \_\_\_\_\_ **C.F.** \_\_\_\_\_  
**con sede nel Comune di** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_  
**Via, Piazza** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_  
**Tel.** \_\_\_\_\_ **N. di iscrizione al Registro imprese (se già iscritto)** \_\_\_\_\_  
**CCIAA** \_\_\_\_\_  
**Cell.** \_\_\_\_\_ **Fax.** \_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_

**Richiede Atto di Riconoscimento Regionale / modifica/ revoca per la seguente attività**

(1) \_\_\_\_\_

1. INIZIO ATTIVITA' DI \_\_\_\_\_
2. CAMBIO DEL NOME DELLA DITTA \_\_\_\_\_
3. CAMBIO DELLA SEDE LEGALE \_\_\_\_\_
4. CAMBIO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_
5. MODIFICA DELL'ATTIVITA' PRODUTTIVA ( specificare \_\_\_\_\_ );

DA \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_  
Struttura \_\_\_\_\_

6. CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

sita/e in Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via, Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

ALLEGA:

	Documento di riconoscimento del Legale Rappresentante
	Atto di nomina del responsabile del controllo qualità
	Atto di accettazione del responsabile del controllo qualità
	Qualifica del Responsabile di qualità
	Documento di riconoscimento del Responsabile di qualità
	Planimetria dello stabilimento e/o dei singoli reparti scala 1:100 timbrata da tecnico iscritto a specifico albo
	Relazione tecnica sulle caratteristiche tecniche e strutturali dello stabilimento vidimata dal tecnico e dal Legale Rappresentante dello stabilimento o persona da lui delegata
	Elenco attrezzature
	Indicazioni sul laboratorio interno/esterno per controllo qualità ( <i>accreditamento</i> )
	Dichiarazione sulle modifiche apportate o sulla permanenza delle caratteristiche precedenti ( <i>per voltture o modifiche</i> )
	Versamento dei diritti sanitari regionali su c/c postale n. 00785014 intestato alla Regione Lazio di con causale di versamento per la riconoscimento o voltura di Euro: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1.032,91, per il riconoscimento</li><li>• Euro 103.29, per voltture</li></ul>
	Ricevuta del versamento in favore del Servizio ( <i>tariffario Regionale</i> ): <ul style="list-style-type: none"><li>• Diritti sanitari per SCIA di 50,00 euro (<i>per riconoscimento e voltura</i>),</li><li>• Diritti sanitari per sopralluogo e relazione tecnica pari a 77,47 euro (<i>solo per riconoscimento o modifiche</i>)</li></ul> versamento da effettuarsi sul seguente conto corrente bancario <b>Beneficiario AUSL LT C.F. 01684950593 V.le PL Nervi Torre 2G 04100 Latina</b> <b>Cod Ente n. 3629; Iban IT10L0200814707000400003376;</b> <b>Cod SWIFT UNCRITM1D64;</b> <b>Dipendenza UNICREDIT SPA Agenzia n. 30513</b>
	Versamento del Bollo di 16,00 euro effettuato mediante F23 ( <i>in aggiunta al bollo posto sulla presente richiesta</i> )
	Copia della scrittura privata autenticata o atto pubblico comprovante il passaggio di proprietà o di gestione dell'azienda (contratto di vendita, di affitto..) o relativa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ( <i>per cambio di ragione sociale</i> )
	dichiarazione antimafia del legale rappresentante

A tal fine il sottoscritto, \_\_\_\_\_ ai sensi ed effetti degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni penali previste dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 anche per i reati di *falsità in atti e uso di atto falso*, dichiara che l'attività oggetto della presente notifica è conforme a quanto previsto dalla normativa vigente in materia sicurezza alimentare, approvvigionamento idrico e smaltimento dei reflui.

Dichiara altresì di essere consapevole dell'obbligo di redigere apposito **piano di autocontrollo** ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004 e di essere informato che la presente comunicazione è valida esclusivamente per la

registrazione ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/04 e non sostituisce altri eventuali atti ai fini dell'avvio della attività.

Autorizza per gli effetti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n° 196 codesta P.A. al trattamento dei propri dati personali, a cura del personale assegnato all'ufficio della Azienda U.S.L. preposto alla conservazione delle notifiche ed all'utilizzo delle stesse per il procedimento di registrazione.

**Si impegna a notificare ogni variazione relativa al nome della ditta, alla ragione sociale, al legale rappresentante, alla sede legale, all'attività produttiva svolta, nonché la chiusura dell'unità di impresa.**

Data \_\_\_\_\_

In fede