REGIONE ABRUZZO

AUSL 4 TERAMO
Il meglio è nel tuo territorio

Direttore SIAN
Dott. Francesco Di Gialleonardo
Tel. 0861 420567

pec: sian@pec.aslteramo.it

Dipartimento di Prevenzione
S.I.A.N.
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

ISTANZA DI AGGIORNAMENTO PER VARIAZIONE RAGIONE SOCIALE/VOLTURAZIONE DEL DECRETO DI RICONOSCIMENTO RILASCIATO AI SENSI DEL REG. (CE) 852/2004

conforme al modello **2B** del PRC 2020-22

Al **S.I.A.N.** per il tramite del **SUAP del COMUNE DI**

_____

OGGETTO: Istanza di

□ **aggiornamento per variazione della ragione sociale e/o voltura** di uno stabilimento riconosciuto **senza** modifiche strutturali e/o impiantistiche e/o produttive del decreto di riconoscimento rilasciato ai sensi del Reg. (CE) n. 852/2004

□ **ALTRO**_____

Il sottoscritto_____

Cod. Fiscale I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I nato a _____

il _____ e residente a _____

(_____) indirizzo _____

_____

telefono fisso _____ cellulare _____ e-mail_____

in qualità di □ titolare □ legale rappresentante □ Presidente p.t. □ altro *(specificare)* _____

della Ditta

ragione sociale

_____

partita IVA I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I con sede legale nel Comune di

_____ Provincia (____) cap._____ indirizzo

_____ n. _____frazione _____

Telefono _____ fax_____ p.e.c. _____

CHIEDE

ai sensi della normativa vigente, l'aggiornamento del decreto di riconoscimento del proprio impianto sito

□ allo stesso indirizzo della sede legale *oppure*

□ nel Comune di _____ provincia (_____) CAP _____

Via_____ n. _____

già riconosciuto con attribuzione del numero _____ al fine del

□ **CAMBIO DELLA RAGIONE SOCIALE** □ **VOLTURAZIONE** □ **ALTRO** _____

di uno stabilimento riconosciuto senza modifiche strutturali e/o impiantistiche e/o produttive

dalla Ditta _____

alla Ditta _____

A tal fine allega:

1. Copia della documentazione inerente l'avvenuto cambio di ragione sociale/ volturazione/ variazione della titolarità;
2. Attestazione di versamento di **€ 50,00** causale "Tariffa forfettaria per l'aggiornamento dell'atto di riconoscimento ragione sociale/voltura ai sensi del Reg. (CE) 852-2004 senza sopralluogo" così come previsto dal D.lgs. n. 32 del 2 febbraio 2021 da effettuarsi tramite **PagoPa**;
3. Fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

□ di essere informato che la presente comunicazione non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell'avvio dell'attività;

□ la conservazione, da parte della struttura, dei requisiti di conformità alle norme di riferimento;

□ di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 N. 445.

Data _____ **Firma**_____

N.B. Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla Carta dei Servizi reperibile sul sito ASL Teramo – Dipartimento di Prevenzione - Unità operativa Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione.

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali forniti saranno trattati ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di aver preso visione dell'informativa Generale sul Trattamento dei dati personali pubblicata sul sito web della ASL di Teramo e disponibile presso il Servizio IAN (Igiene degli Alimenti e della Nutrizione).

Data _____ **Firma** _____