



**Modello A3**



 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini</p>	<p><b>Timbro ricevente</b></p> <p><b>protocollo</b></p> <p><b>ufficio</b></p>	<p><b>DATA</b></p>
--	---	--------------------

Al Dipartimento  
dell'Azienda AUSL di **RIMINI** da inoltrare telematicamente a  
**comune.sangiovanniinmarignano@legalmail.it**

Oggetto: **Registrazione ai sensi dell'articolo 9, comma 2, e dell'articolo 18, comma 2, del Regolamento (CE) N. 183/2005 sull'igiene dei mangimi o Allegato IV, punto II.B.c) del Regolamento (CE) N. 999/2001.**

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:**

Partita I.V.A. ( se già iscritto): \_\_\_\_\_

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

CCIAA di \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## CHIEDE

la registrazione ai sensi del Regolamento (CE) n. 183/2005 per la seguente attività, svolta nel Comune di \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ :

- relative all'art. 5, comma 1 (barrare le voci che interessano):

### **ELENCO NON ESAUSTIVO DELLE ATTIVITA' SVOLTE**

- coltivazione prodotti destinati alimentazione zootecnica:  
specificare principali tipologie produttive.....  
.....
- essiccazione granaglie conto proprio
- stoccaggio prodotti primari su luogo di produzione
- macinazione e brillatura (mulini)
- allevatori che miscelano mangimi per il fabbisogno esclusivo dell'azienda, compreso l'eventuale utilizzo di additivi per insilaggio
- allevatori che comprano il mangime da somministrare agli animali che svolgono un'attività di deposito e stoccaggio.

- relative all'art. 5, comma 2 (barrare le voci che interessano):

- produzione prodotti di origine minerale e chimico industriali (DM 13/11/85)
- commercio all'ingrosso ed al dettaglio di prodotti agricoli e zootecnici, mangimi, prodotti di origine minerale e chimico industriali, etc.
- essiccazione conto terzi
- trasportatori di mangimi, additivi, premiscele per conto terzi
- fabbricazione materie prime (prodotti della lavorazione alimentare, minerali, ecc)
- impianti di stoccaggio di mangimi
- produzione additivi (diversi da all. IV, capo 1)
- produzione premiscele (diversi da all. IV, capo 2)
- produzione mangimi commercio (diversi da all. IV, capo 3)
- produzione di alimenti per animali da compagnia ai sensi dell'art. 35 del Reg.1069/09
- condizionamento additivi, premiscele e mangimi, diverse da allegato IV
- commercio ingrosso/dettaglio additivi e premiscele (diverse da all. IV capo 1 e 2)
- altro (specificare): .....
- .....

## Dichiarazioni

Il Sottoscritto/a dichiara:

- che sono rispettati i pertinenti requisiti di cui al regolamento CE 183/2005;
- di impegnarsi a comunicare variazioni a quanto sopra dichiarato compresa la cessazione dell'attività;
- di essere informato che la presente comunicazione non sostituisce altri eventuali adempimenti di legge previsti ai fini dell'avvio della attività;
- 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**ALLEGARE:** Attestazione dell'avvenuto versamento – *da scansionare in file PDF* - di € 20 (Tariffario delle prestazioni AUSL, Del. Assembleare n.69/11), da effettuare con le seguenti modalità: **C/C postale n.10970473**, intestato a Azienda **U.S.L. Rimini – Servizio Tesoreria** oppure **IBAN n.IT80J0628524202T20020002218**, intestato a Azienda **U.S.L. Rimini presso Carim Rimini**. In entrambi i casi **è indispensabile** indicare nella causale di versamento **DELIBERA RER n.69 del 22.12.2011.**