




**Modello B4**



Marca da bollo

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA 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: **Riconoscimento di attività relative alla riproduzione animale.**

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

**di essere riconosciuto** ai sensi del:

Decreto Legislativo 12 novembre 1996, n. 633

Decreto Legislativo 27 maggio 2005, n. 132

Decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1994, n. 241

Decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1994, n. 242

A tal fine allega alla presente

(barrare le voci relative ai documenti allegati):

- certificato o autocertificazione di iscrizione alla camera di Commercio, Industria ed Artigianato;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità o del permesso di soggiorno per i cittadini extracomunitari
- planimetria dell'impianto in scala 1/100 timbrata e firmata da un tecnico abilitato, dalla quale risulti evidente la disposizione dei locali, delle linee di produzione, dei servizi igienici, della rete idrica e degli scarichi, nonché la separazione tra la "sezione sporca" e la "sezione pulita" ove previsto
- relazione tecnico descrittiva degli impianti e del ciclo di lavorazione con indicazioni relative all'approvvigionamento idrico, allo smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi
- una marca da bollo di valore corrente
- Attestazione dell'avvenuto versamento – *da scansionare in file PDF* - di **€ 451,81 per stabilimenti con superficie complessiva fino a mq.500 oppure € 901,81 per stabilimenti con superficie complessiva superiore a mq.500** (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.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_