




**Modello C**



Marca da bollo

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

**Al Dipartimento  
dell'Azienda AUSL di**

**RIMINI** da inoltrare telematicamente a  
**comune.sangiovanniinmarignano@legalmail.it**

**Oggetto: Cambio d'intestazione per subingresso o variazione di ragione sociale di stabilimento "Riconosciuto"**

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 \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per lo stabilimento sito in Comune di San Giovanni in Marignano, Prov. Rn, Via/Piazza  
..... N..... C.A.P .....

- "Riconosciuto" ai sensi del Regolamento (CE) 853/2004, con *Approval Number /numero regionale* (1).....in data.....
- "Riconosciuto" ai sensi del Regolamento (CE) 1069/2009, con *Approval Number* (1)..... in data .....
- "Riconosciuto" ai sensi del Regolamento (CE) 183/2005, con *il numero* (1)..... in data .....
- "Riconosciuto" ai sensi della normativa sulla riproduzione animale, con *il numero* (1) ..... in data .....

**l'aggiornamento dell'atto di riconoscimento per:**

- subingresso dalla ditta (2)..... alla ditta (3).....
- cambio ragione sociale. Nuova ragione sociale (3) .....

(1) riportare il numero con il quale è "Riconosciuto" lo stabilimento

(2) indicare la vecchia intestazione

(3) indicare la nuova intestazione

**DICHIARAZIONI**

Il Sottoscritto/a dichiara:

- che le attività analitiche connesse all'autocontrollo sono svolte in laboratori esterni accreditati e registrati, oppure in laboratorio interno.(solo per settore alimentare?)

Solo per i cittadini extracomunitari:

dichiara di essere titolare di carta di soggiorno ovvero permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciato dalla Questura di..... il .....valido fino al .....

Il Sottoscritto/a dichiara inoltre :

- di impegnarsi a comunicare ogni successiva modifica (strutturale/impiantistica e/o della tipologia produttiva) ivi 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 domanda di riconoscimento

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**A tal fine allega la seguente documentazione:**

- Una marca da bollo di valore corrente;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità o del permesso di soggiorno per i cittadini stranieri
- 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;
- Attestazione dell'avvenuto versamento – *da scansionare in file PDF* - di € **121,81** (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 \_\_\_\_\_