ISTANZA CESSAZIONE/SOSPENSIONE TOTALE O PARZIALE/RIATTIVAZIONE AI SENSI DEL REG. (CE) 853/2004

|  |
| --- |
| Imposta di BOLLO  del valore corrente assolta |

Al Servizio Veterinario

Della ASL

Per il tramite dello Sportello Unico

Delle Attività Produttive del

Comune di



Cognome …………………………………………… Nome……………………………………………………………………

Codice Fiscale ………………………………………………….

Nato a ………………………………………………………….. Provincia……………………… il ………………………….

Stato …………………………………………………. Cittadinanza

Residente in Via/piazza

Comune di ……………………………………………………………………………CAP  Provincia Tel………………………. Fax ……………………………..

e-mail ……………………………….@............................... pec………………………@........................

ln qualità di 🞎 Titolare 🞎Legale Rappresentante 🞎 altro

🞎 dell'impresa individuale 🞎 della società 🞎 dell'Ente

denominata/o (denominazione o ragione sociale registrata alla CCIAA)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Codice Fiscale ………………………………………………….

Partita IVA (se diversa dal codice fiscale) …………………………………………………………….

Con sede legale nel Comune ………………………………………..Provincia………………………………

Via/piazza …………………………………………………………………………….n°……………………………………………

Cap Tel.  fax .

n o di iscrizione al Registro Imprese …………….CClAA di ......... ... ...

e-mail …………………………@............................pec ………………………….@.............................

Comune (sede operativa dello stabilimento) …………………. Cap …………. Provincia………. Via/piazza ° 

Tel.  fax .

**🞎 Comunica**

la sospensione/cessazione (barrare la voce che non interessa) della/e seguente/i attività:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sez. | Categoria | Attività  Codice Sanco | Specie | Remarks Sanco | Prodotti |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Dichiara inoltre di essere consapevole che la comunicazione di cessazione totale delle attività svolte comporterà la revoca definitiva del riconoscimento e che la sospensione totale o parziale delle attività svolte, qualora non sia seguita dalla riattivazione entro un tempo massimo di 24 mesi, comporterà la revoca definitiva, totale o parziale del riconoscimento.

**🞎 Chiede**

la riattivazione della/e seguente/i attività:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sez. | Categoria | Attività  Codice Sanco | Specie | Remarks Sanco | Prodotti |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Per la richiesta di riattivazione dell’attività l’utente, successivamente al sopralluogo di verifica dei requisiti a cura del Veterinario, dovrà effettuare un versamento calcolato ai sensi del D.Lgs. 32/2021 alla Asl Roma 3 che verrà dettagliato nella bolletta di riscossione appositamente emessa.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

* di essere informato che la presente non sostituisce altri eventuali adempimenti di legge previsti ai fini dell'attività;
* di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i..
* la conformità all'originale degli atti trasmessi;

Il/la sottoscritto/a si impegna a:

* comunicare ogni successiva modifica significativa a quanto sopra descritto ivi compresa la cessazione dell'attività, pena la sospensione del riconoscimento.

Data Il Richiedente

**Informativa privacy**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del DLgs 196/03 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene inoltrata la presente domanda. Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti necessari per l'erogazione della prestazione richiesta. Prende atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e s.m.i.

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_