

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

Al Servizio Veterinario
della ASL_____

Per il tramite dello Sportello Unico
Delle Attività Produttive del
Comune di_____

Il/la sottoscritto/a:

Cognome Nome.....
Codice Fiscale

Nato a Provincia..... il

Stato Cittadinanza.....

Residente in Via/piazza..... n.

Comune diCAP Provincia

Tel..... Fax

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

In 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 ComuneProvincia.....

Via/piazzan°

Cap..... Tel. fax

n° di iscrizione al Registro ImpreseCCIAA di

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

Comune (sede operativa dello stabilimento) Cap Provincia.....

Via/piazza n°

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

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:

Scheda A5

- ✓ 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 _____