

SEDE OPERATIVA

La sede operativa è sita nel Comune di MANDURIA

via/P.zza _____ n. _____ foglio _____ partic. _____

Insegna dell'azienda: _____

A carattere Permanente stagionale: dal |__|_|_|_|_|_|_|_|_| al |__|_|_|_|_|_|_|_|_|**TIPOLOGIA DELLE ATTIVITÀ SVOLTE** **Produzione Primaria ed eventuali operazioni connesse (allegato I al Reg. CE n. 852/2004)***(specificare)* _____ in campo in serra in allevamento **Altro** *(specificare)* _____**L'ATTIVITA' SOPRA INDICATA RIGUARDA I SEGUENTI PRODOTTI/SOSTANZE ALIMENTARI:**

Altro *(specificare)* _____

DICHIARA

1- di essere informato che la presente comunicazione è valida esclusivamente per la registrazione dell'attività ai sensi del Reg. 852/2004 e non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell'avvio dell'attività;

di rispettare i requisiti generali in materia d'igiene di cui al Reg. CE 852/2004 applicabili in relazione all'attività svolta;

di osservare le raccomandazioni contenute nel manuale di corretta prassi igienica eventualmente adottato;

di registrare l'uso di qualsiasi prodotto fitosanitario (ex quaderno di campagna) e dei biocidi;

di registrare l'uso dei farmaci veterinari.

2- che l'attività opera nel rispetto delle vigenti norme, prescrizioni e autorizzazioni in materia di ambiente ed edilizio-urbanistica, di smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, di approvvigionamento idrico-potabile, di emissioni rumorose in ambiente esterno, *(ove previsto)*, di prevenzione incendi *(ove previsto)*.

3- che comunicherà ogni successiva modifica a quanto sopra descritto e l'eventuale cessazione dell'attività.

Autorizza per gli effetti del d. lgs. 196/2003 codesta P.A. al trattamento dei propri dati personali, a cura del Personale della ASL locale preposto alla conservazione delle notifiche e all'utilizzo delle stesse per il procedimento di registrazione. Il sottoscritto, ai sensi ed effetti del DPR 445/2000, è consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, delle sanzioni previste dal DPR 445/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data _____

Firma _____

*(firma per esteso e leggibile del legale rappresentante)**(l'autentica della firma non è richiesta se si allega copia di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore)*

ASL di _____ Ufficio del Dipartimento di Prevenzione _____

Per attestazione di ricevimento, previa identificazione del sottoscrittore, mediante _____

Data _____

Il dipendente addetto a ricevere l'atto
