



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

REGISTRAZIONE DELLE IMPRESE ALIMENTARI
(Regolamento CE 852/2004)

D.I.A.
SEMPLICE

All'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Al Distretto di _____

Il/La sottoscritto/a _____
(indicare Cognome e Nome)

C.F. _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in via/P.zza _____ n° _____

in qualità di:

titolare della omonima Ditta individuale

legale rappresentante della Società _____

con sede legale in _____ Prov. _____

via/P.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

partita IVA _____ C.F. _____

P R E S E N T A

Dichiarazione Inizio Attività Semplice nel settore alimentare presso la sede operativa ubicata al seguente indirizzo:

Denominazione o insegna della sede operativa _____

Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____ n° fax _____

Data inizio attività _____

A tal fine,

DICHIARA

1. I dati identificativi dell'attività di impresa (**QUADRO A**);
2. di essere informato che la presente comunicazione è valida esclusivamente per la registrazione ai sensi del Reg. 852/04 e non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell'avvio della attività;
3. che comunicherà ogni successiva modifica a quanto sopra descritto, adeguatamente documentata, e l'eventuale cessazione di attività;
4. di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
5. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente dichiarazione.

In fede

_____, li _____

In caso di attività di vendita al dettaglio in sede fissa altresì

DICHIARA

1. che i locali, gli ambienti e/o i veicoli impiegati nell'attività rispettano i requisiti igienici prescritti dalle vigenti disposizioni di legge e in particolare dall'Allegato II al Regolamento CE 852/2004 e sono conformi a quanto dichiarato nella planimetria e nella relazione dei requisiti igienici allegate;
2. di essere consapevole dell'obbligo di redigere apposito piano di autocontrollo ai sensi del Regolamento CE 852/2004.

In fede

_____, li _____

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione può essere firmata in presenza del dipendente addetto oppure spedita per fax, posta o tramite incaricato unitamente a fotocopia di un documento di riconoscimento.

Si dichiara che la firma del/della Signor/a _____
della cui identità mi sono accertato, è stata apposta in mia presenza

_____, _____

Il dipendente addetto a ricevere

QUADRO A) Dati identificativi dell'attività d'impresa

TIPO DI ATTIVITA':

Vendita al dettaglio in sede fissa (*Commercio di alimenti e bevande senza attività di produzione o confezionamento*)
Produttori primari (*allevamento o coltivazioni prodotti della terra, della caccia e della pesca*)

RIPORTARE CODICE ISTAT ATTIVITÀ PREVALENTE _____

(vedi tabella allegata alle istruzioni)

INDICARE EVENTUALI ALTRI CODICI ISTAT _____
(aggiungere i codici ISTAT delle attività accessorie che vengono svolte)

L'ATTIVITÀ INDICATA RIGUARDA LE SEGUENTI SOSTANZE/PRODOTTI ALIMENTARI:

(Indicare, per generi merceologici, le sostanze/prodotti alimentari che si intendono produrre, trasformare, confezionare, tenere in deposito, somministrare o distribuire)

Le lavorazioni hanno/avranno carattere stagionale permanente

ALLEGATI:

1 copia della **relazione tecnica sui requisiti in materia d'igiene** firmata dal titolare o dal legale rappresentante con la descrizione sommaria dei locali, degli impianti, delle attrezzature, dei sistemi utilizzati per assicurare la salubrità e la conservazione degli alimenti, con l'indicazione delle modalità di approvvigionamento idrico, di smaltimento rifiuti e l'eventuale impianto di ventilazione meccanica e/o condizionamento dell'aria firmata dal titolare o dal legale rappresentante - **solo nel caso di vendita al dettaglio;**

1 copia della **planimetria** dei locali, dove viene svolta l'attività oggetto della presente notifica, in scala adeguata e preferibilmente 1:100, firmata da un tecnico abilitato e controfirmata dal titolare o dal legale rappresentante (indicare la collocazione delle attrezzature principali o layout) - **solo nel caso di vendita al dettaglio;**

Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;

Attestazione di versamento sul c.c.p. n. 15249386 intestato a: Azienda Prov.le per i Servizi Sanitari – Direzione Igiene e San.Pubblica – Serv. Tesoreria – dell'importo di **€ 16.32** per gli insediamenti zootecnici per la produzione di alimenti destinati all'uomo e per la vendita al dettaglio di prodotti di origine animale quando l'impresa alimentare non è accolta in un negozio di generi alimentari o in strutture della GDO e dell'importo di **€16.00** (D.elibera G.P. nr. 351 del 23/02/2007) per le altre attività.

ISTRUZIONI

La Dichiarazione Inizio Attività Semplice è la dichiarazione prevista per tutte quelle imprese alimentari per le quali la precedente normativa non prevedeva l'autorizzazione sanitaria, ovvero per la produzione primaria (allevamento, coltivazioni etc.) e la vendita al dettaglio senza attività di produzione o confezionamento.

Tale dichiarazione può essere presentata contestualmente all'inizio dell'attività.

In caso di attività di vendita al dettaglio in sede fissa, il modulo prevede una dichiarazione ulteriore relativamente ai requisiti minimi dei locali ed alla necessità di redigere il piano di autocontrollo ai sensi del Reg. CE 852/2004.

Nel quadro A del modulo deve essere indicato il codice I.S.T.A.T. relativo all'attività prevalente che viene svolta e laddove siano presenti attività secondarie è opportuno che vengano indicati i rispettivi codici ISTAT.. Tali codici potranno essere individuati nella tabella dei codici I.S.T.A.T. allegata alla presente modulo (indicare solo i codici).

(spazio riservato al Distretto)

Data di presentazione al Distretto ricevente _____ prot. _____

(spazio riservato all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari)

Data registrazione _____ Numero di registrazione _____