

Al Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione
Azienda sanitaria provinciale
di _____

Oggetto: Istanza/Comunicazione

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il
_____, residente a _____, in _____
n. _____, CAP _____, tel. _____ fax _____,
mail _____, in qualità di _____,
dello stabilimento riconosciuto con atto n. _____ del _____ rilasciato dalla ASP di
_____ per la produzione/confezionamento/miscelazione, ecc. di _____

cod. Fiscale/Partita IVA _____,

chiede

- 1 - Il cambio della ragione sociale
- 2 - L' estensione del riconoscimento
- 3 - La sospensione del riconoscimento dal _____ al _____
- 4 - La cessazione del riconoscimento dal _____

comunica

- 5 - Variazioni strutturali
- 6 - Variazione rappresentante legale/sede
- 7 - Variazione del laboratorio esterno di riferimento con _____
(*indicare il nuovo laboratorio con il numero di iscrizione nell'elenco regionale*)
- 8 - Variazione del responsabile della qualità con _____
(*indicare il nuovo responsabile della qualità con il numero di studio*)

Allega alla presente:

Marca da bollo del valore corrente (*per tutti i punti*)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovante il passaggio o cessione o disponibilità dello stabilimento oggetto del riconoscimento o comprovante il cambio di rappresentante legale o sede (*per il punto 1 - 6*).

Planimetria, in triplice copia, dell'impianto, vidimata dal richiedente, scala 1:100, completa di legenda, da cui risulti evidente la disposizione dei locali e delle attrezzature, la rete idrica, gli scarichi, la/le linea/e di produzione, ingresso materie prime, locali stoccaggio relativi all'estensione del riconoscimento o alla variazione strutturale (*per il punto 2 - 5*).

Relazione tecnico-descrittiva, in triplice copia, degli impianti e del ciclo di lavorazione, con indicazione dell'approvvigionamento idrico, degli scarichi, delle procedure per lo smaltimento dei rifiuti ed eventuale emissione di fumi in atmosfera relativi all'estensione del riconoscimento o alla variazione strutturale (*per il punto 2 - 5*).

Copia del Piano di autocontrollo (*anche su supporto informatico*), (*per il punto 2 - 5*)

Copia del versamento della tariffa regionale secondo quanto previsto dal tariffario unico regionale (*per il punto 1 - 2 - 3 - 4 - 5*)

Data _____

Firma leggibile
(*legale rappresentante*)
