



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Regione Siciliana
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA**

Allegato A

Spett.^{le}

**Azienda Sanitaria Provinciale Siracusa
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Traversa la Pizzuta (ex O.N.P.)
96100 Siracusa
PEC : sian@pec.asp.sr.it**

**AUTODICHIARAZIONE ai fini dell'applicazione delle tariffe previste dal Dlgs 194/2008
(art. 47 DPR n. 445/2000)**

ANNO DI RIFERIMENTO 20... (specificare l'anno)

(sottoscrivere un'autocertificazione per ciascun anno)

Il Sottoscritto/a nato a
il cod. fiscale residente a
..... in via
titolare/ legale rappresentante della Ditta denominata

Codice fiscale/partita IVA Tipologia di stabilimento (vedi
sezione 6 All. A - D.L.vo 194/08)

Sita in via n.....

con riferimento al D.L.vo 194/08

Sulla base del fatturato dell'anno precedente

Dichiara

Sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle disposizioni di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate nel DPR 445/2000, ai fini dell'applicazione del DLGS 194/2008:

- Di rientrare nella fascia : A) B) C) della sopracitata normativa
- La tipologia di stabilimento (di cui alla sezione 6 All. A – D.L.vo 194/08 è la seguente:

Il sottoscritto sa che è tenuto a compilare la presente autodichiarazione e in caso di mancato invio o consegna all'ASP di appartenenza la stessa applicherà la tariffa corrispondente alla fascia produttiva massima (fascia C), pertanto si impegna a comunicare ogni variazione a quanto sopra dichiarato (diritto di esclusione al pagamento, livello produttivo annuo, etc.), compresa la cessazione dell'attività, così come richiesto dagli obblighi di legge.

Luogo e data

FIRMA e timbro.....

Il Rappresentante Legale/Titolare dell'impresa

Privacy: Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. 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 Legge 675/96.

Luogo e data

FIRMA e timbro.....

**Si allega copia fotostatica del documento di identità del dichiarante in corso di validità
Esente da bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 455/2000 e s.m.i.**