



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

Regione Siciliana  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
SIRACUSA**

**Allegato B**

Spett.<sup>le</sup>

**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 .....  
con riferimento al D.L.vo 194/08

Sulla base del fatturato dell'anno precedente

dichiara

Sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle disposizioni in materia 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:

- che l'attività prevalente è: ingrosso % ..... dettaglio % .....  
e, pertanto, considerato che l'ingrosso, come attività prevalente, è inferiore al 50 % rispetto al fatturato totale  
ritiene
- **di non essere soggetto al pagamento delle tariffe previste dal Dlgs 194/2008**  
oppure ritiene
- **di non essere soggetto al pagamento delle tariffe previste dal Dlgs 194/2008**  
per la seguente motivazione (specificare)  
.....  
.....

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.l.**