Spazio riservato all'ufficio

MODELLO 4

Alla Azienda per l'Assistenza Sanitaria n._____

Al Sindaco del Comune di _____

Per il tramite del SUAP di _____

Comunicazione Manifestazione Temporanea

Dati dell'INTERESSATO	*riquadro 1*

Cognome:_____ Nome:_____ cittadinanza _____

nato a _____ il _____

residente nel comune di _____ (_____) CAP □□□□□□

via/piazza _____ n _____ tel. _____

codice fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

in qualità di: legale rappresentante titolare altro _____

Dati del IMPRESA ALIMENTARE	*riquadro 2*

Denominazione impresa *:* _____

_____

Partita .IVA: □□□□□□□□□□□□□□□□

Codice Fiscale: □□□□□□□□□□□□□□□□

con sede legale nel comune di _____ (_____) CAP □□□□□□

via/piazza _____ n _____ tel. _____

pec _____ e-mail _____

Dati dell'ASSOCIAZIONE ORGANIZZATRICE DELL'EVENTO	*riquadro 3*

Denominazione *:* _____

_____

Partita .IVA: □□□□□□□□□□□□□□□□

Codice Fiscale: □□□□□□□□□□□□□□□□

con sede legale nel comune di _____ (_____) CAP □□□□□□

via/piazza _____ n _____ tel. _____

pec _____ e-mail _____

COMUNICA CHE	*riquadro 4*

nel corso della manifestazione temporanea denominata: _____

_____

che si svolgerà in comune di _____ (____)

via/piazza _____

nei giorni dal □□-□□-□□□□ al □□-□□-□□□□

VERRANNO VENDUTI ALIMENTI E BEVANDE

VERRANNO SOMMINISTRATI ALIMENTI E BEVANDE

VERRANNO PREPARATI ALIMENTI PER LA SUCCESSIVA SOMMINISTRAZIONE

Tipologia APROVVIGIONAMENTO IDRICO	*riquadro 5*

Acquedotto pubblico captazione privata (pozzo profondo metri ____) altro _____

DESCRIZIONE DEGLI ALIMENTI VENDUTI / SOMMINISTRATI / PREPARATI	*riquadro 6*

_____ (*se necessario continuare in allegato B)*

DOCUMENTI DA ALLEGARE	*Riquadro 7*

fotocopia di un documento d'identità in corso di validità ai sensi del D.P.R 445/2000

Modello 3 (*se necessario*)

_____ *data*

_____ *timbro e firma*

DICHIARAZIONI DEL NOTIFICANTE FIRMATARIO	*Riquadro 8*

Il sottoscritto consapevole che ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste all'art.76 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, dichiara::

- ***di rispettare** gli adempimenti e i requisiti previsti dal Regolamento CE n. 852/2004 per quanto applicabili, e gli obblighi previsti dal Reg.CE 178/2002 per quanto attiena alla rintracciabilità, fino alla predisposizione di un documento di riferimento da parte della DC Salute in materia;*
- ***di applicare**, quanto previsto dalla nota prot;2929/SPS-APREV del 12.02.2010 riguardante la formazione degli operatori addetti alla manipolazione degli alimenti*

_____ *data*

_____ *firma*