

FORM PER LA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DI UNO STABILIMENTO

Al SUAP del Comune di _____

oppure

Alla Camera di Commercio della Provincia di _____

Oggetto: riconoscimento di stabilimento

Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____
nato a (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ il _____ e residente in
(nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ alla via _____
n. _____ CAP _____ C.F. _____ domicilio
digitale _____ in qualità di:

titolare dell'impresa individuale la cui ditta è

_____ domicilio digitale _____
P.I. _____

legale rappresentante della soc/associazione/ente (denominazione o ragione sociale) _____

_____ con sede legale in (nazione) _____ (provincia) _____
(comune) _____ alla via _____
n. _____ domicilio digitale _____
PI/CF _____

CHIEDE

l'approvazione del progetto relativo ad un nuovo stabilimento da avviare nel Comune di _____ alla via _____ n. _____ la cui attività prevede il riconoscimento ai sensi del Reg CE _____ per le seguenti linee d'attività:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

- l'approvazione del progetto teso all'aggiunzione delle seguenti linee d'attività nello stabilimento già riconosciuto con numero _____ sito nel Comune di _____ alla via _____ n _____
- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- di prendere atto della variazione della titolarità dello stabilimento già riconosciuto con numero _____ sito nel Comune di _____ alla via _____ n _____ specificando che l'impresa cedente è _____
- di prendere atto della cessazione della/delle seguenti linee d'attività precedentemente svolte nello stabilimento già riconosciuto con numero _____ sito nel Comune di _____ alla via _____ n _____
- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- di prendere atto della cessazione delle attività dell'intero stabilimento già riconosciuto con numero _____ sito nel Comune di _____ alla via _____ n _____
- la sospensione del riconoscimento per le seguenti linee d'attività svolte nello stabilimento già riconosciuto con numero _____ sito nel Comune di _____ alla via _____ n _____
- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- la sospensione del riconoscimento per l'intero stabilimento già riconosciuto con numero _____ sito nel Comune di _____ alla via _____ n _____

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le attività dello stabilimento non possono essere iniziate fino al rilascio del riconoscimento condizionato da parte della Regione Campania
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.
- di essere conscio che l'eventuale affido di un reparto dello stabilimento ad un'altra impresa, non è opponibile alle Autorità di controllo in quanto è un contratto che produce effetti solo tra le parti interessate, e pertanto la responsabilità della conduzione dello stabilimento è considerata sempre in capo all'impresa che ha richiesto il riconoscimento per l'intero stabilimento.
- nel caso di richiesta di sospensione volontaria di una o più linee d'attività, di essere a conoscenza che la sospensione ha una durata massima di due anni, superati i quali l'ASL avvia il procedimento di ritiro del riconoscimento per le linee d'attività sospese, o per tutto lo stabilimento nel caso la sospensione sia stata totale.

_____, li _____

FIRMA