



**SEGNALAZIONE CERTIFICATA
ATTIVITA' ZOOTECNICA**

Prot. _____

Del |___/___/_____|

(DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE IN MODO PERFETTAMENTE LEGGIBILE)

Richiesta di APERTURA, AGGIORNAMENTO, CHIUSURA in data _____ **ALLEVAMENTO**
 RIAPERTURA ALLEVAMENTO in data _____

NOTIFICA ai fini della Registrazione dell'attività di allevamento di animali (Stabilimenti di produzione primaria) ai sensi dell'art. 6 Reg. (CE) n. 852/2004 e dell'art. 14 D. L.vo n. 158/2006 valevole ai fini di Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di Notorietà (DPR 445/2000).

1	Il sottoscritto*	C.F.*	
	nato a*		II*
	Residente in*	()	CAP*
	Via*	n°	Tel*
In qualità di * <input type="checkbox"/> rappresentante legale <input type="checkbox"/> detentore <input type="checkbox"/> altro			

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la sua personale responsabilità (artt. 46/47/48/ DPR 445/2000) attesta il possesso ed il rispetto dei requisiti generali in materia di igiene previsti dal Reg. (CE) 852/2004, e degli altri requisiti minimi prestabiliti dalle vigenti normative in funzione del tipo di allevamento praticato, e a tal fine dichiara:

2 DATI DEL PROPRIETARIO/ RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome e Nome/Ragione sociale*	Identificativo Fiscale*	
nato a	II	
Residente in *	CAP*	
Via*	n°	Tel.*
Cell.	Fax	Mail*
PEC (obbligatoria per detentori P.IVA)		

3 DATI DEL DETENTORE (se diverso dal proprietario)

Come proprietario

Cognome e Nome/Ragione sociale*	Identificativo Fiscale*	
nato a	II	
Residente in *	CAP*	
Via*	n°	Tel.*
Cell.	Fax	Mail*

4 DATI RELATIVI ALL'AZIENDA:

Codice già presente n° |___|___|AT|___|___|

Codice da assegnare

CAP*	Comune*	Prov.* ()
Via*		n°
PROPRIETA' <input type="checkbox"/> Proprie		
STRUTTURE* <input type="checkbox"/> Del signor		Tel.*
Georeferenziazione*	Latitudine ___ _ . ___ _ _ _ _ _ Nord	Longitudine ___ _ . ___ _ _ _ _ _ Est

5 SPECIE CONSIDERATE (di cui si richiede l'apertura/modifica chiusura)

<input type="checkbox"/> Bovini	<input type="checkbox"/> Bufalini All.1	<input type="checkbox"/> Caprini All.2	<input type="checkbox"/> Ovini All.3	<input type="checkbox"/> Suini	<input type="checkbox"/> Cinghiali All.4	
<input type="checkbox"/> Cavalli	<input type="checkbox"/> Asini	<input type="checkbox"/> Muli	<input type="checkbox"/> Bardotti All.5	<input type="checkbox"/> Avicoli All.6	<input type="checkbox"/> Pesci All.7	<input type="checkbox"/> Api All.8
<input type="checkbox"/> Altro All.9 (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Il sottoscritto dichiara di essere informato che la presente notifica è valida esclusivamente per la Registrazione dell'attività di allevamento di animali zootecnici all'interno di stabilimenti di produzione primaria ai sensi del Regolamento (CE) 852/2004 e del D.L.vo 158/2006 e non sostituisce altri eventuali atti ai fini dell'avvio di attività (ad es. atti in materia di edilizia, urbanistica, tutela del paesaggio e ambientale ecc.)

Il sottoscritto si impegna a comunicare entro 7 giorni qualsiasi variazione dei dati dichiarati nella presente richiesta.

Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR e di aver preso atto dei diritti di cui agli art.15-22 del Regolamento stesso "Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti", ed esprime il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità precisate nell'informativa.

Note del dichiarante

Letto, confermato e sottoscritto

Il/La Dichiarante (firma per esteso e leggibile)

....., li ____/____/20____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

La presente segnalazione/notifica è stata sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto*

.....

- ALLEGATI:** Documento di identità Codice Fiscale Visura camerale Contratto di soccida
 Disponibilità strutture non proprie (Mod AZ 03)
 Nullaosta del Sindaco (AZ02)

Note (FFO)

Si rilascia una copia protocollata della presente domanda al richiedente.

....., li ____/____/20____

(firma e qualifica del dipendente addetto)

(timbro ASL)
