A.S.L. CN1

**Sede legale ASL CN1**
Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)
P.IVA 01128930045
T. 0171.450111 - F. 0171.1865270
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

# AUTODICHIARAZIONE
## ai sensi dell'art. 13, comma 3, D.Lgs. 32/2021
## per stabilimenti di cui all'Allegato 2 - Sez. 6 - Tabella A

Spett.le ASL CN1
**Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione**
**S.I.A.N.**

**Oggetto:** DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE PREVISTE DAL D.LGS. 32/2021 – **ANNO 2022**

(*artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.*)

**Il/La sottoscritto/a**

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a a _____ il _____ prov._____ stato di nascita_____

In qualità di Operatore/Titolare/Legale rappresentante dell'impresa (indicare la Ragione Sociale):

_____

Codice Fiscale _____ Partiva I.V.A._____

con sede legale sita in:

Via/Piazza _____

**Comune** _____ cap. _____ prov._____

Telefono/cellulare _____ e-mail _____

Indirizzo pec _____

per la propria unità produttiva/stabilimento sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale):

Via/Piazza _____

**Comune** _____ cap. _____ prov._____

Telefono/cell _____ e-mail _____

Indirizzo pec _____

Tipologia di/delle attività produttiva/e dello stabilimento (Allegato 2, Sezione 6, tabella A)

_____

_____

_____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA,**

sotto la propria responsabilità:

☐ **di essere soggetto, per l'anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua** in quanto, nell'anno solare precedente, ha commercializzato all'ingrosso, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all'allegato 2, sezione 6, tabella A, ai sensi dell'articolo 6, comma 6;

☐ **di NON essere soggetto, per l'anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua** in quanto, nell'anno solare precedente:

- ☐ NON ha commercializzato all'ingrosso, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all'allegato 2, sezione 6, tabella A, ai sensi dell'articolo 6, comma 6;
- ☐ ha svolto attività di broker o di intermediario di commercio con sede diversa da uno stabilimento fisico;
- ☐ ha iniziato l'attività in data successiva al 1 luglio;
- ☐ ha operato nell'ambito della produzione primaria e attività associate (Articolo 2, comma 1, lettere b, c, d)
- ☐ l'attività è (specificare la motivazione e la data dell'evento, ad esempio "cessata", "trasferita in territorio di competenza di altra Azienda sanitaria locale"):

_____

_____

_____

In caso di omessa trasmissione della presente autodichiarazione **entro il 31 gennaio**, ai sensi dell'articolo 13 comma 3, l'Azienda sanitaria locale applica la tariffa prevista ai sensi dell'articolo 17 comma 2.

IN FEDE
(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

Data, _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

IN FEDE
(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

☐ Si allega copia fotostatica di valido documento di identità (art. 35 del DPR 445/2000 e s.m.i.)
Esente da bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

## ***INFORMAZIONI***

**A COSA SERVE IL MODULO**

*Il modulo serve per autocertificare l'assoggettamento o meno al pagamento della tariffa annuale prevista dal D.Lgs. 32/2021 che disciplina le modalità di finanziamento dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare.*

**CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*O.S.A. (Operatori del Settore Alimentare) che svolgono attività di cui all'allegato 2, sezione 6, tabella A del D.Lgs. 32/2021,* ***non soggetti a riconoscimento ai sensi del Reg. (CE) 853/04.***

***NON devono compilare il modulo:*** *gli operatori delle piattaforme di distribuzione alimenti della grande distribuzione organizzata, dei depositi conto terzi di alimenti, dei depositi per attività di commercio all'ingrosso di alimenti e bevande e dei cash and carry perché sono comunque assoggettati alle tariffe ai sensi dell'articolo 6, comma 10 del D.Lgs. 32/2021.*

**QUANDO DEVE ESSERE COMPILATO IL MODULO**

***Deve essere compilato ogni anno nel mese di gennaio***, ***con le informazioni riferite all'anno solare precedente****. Qualora non ci fossero variazioni delle informazioni richieste negli anni successivi all'ultima autodichiarazione, non sarà necessaria una nuova compilazione.*

**COSA IMPLICA ESSERE SOGGETTO AL PAGAMENTO DELLA TARIFFA FORFETTARIA ANNUA**

*L'ASL trasmette la richiesta di pagamento all'O.S.A.* ***entro il 31 marzo****.*

**COSA IMPLICA NON ESSERE SOGGETTO AL PAGAMENTO DELLA TARIFFA FORFETTARIA ANNUA**

*L'ASL non manda alcuna ulteriore comunicazione.*

**MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*Il modulo può essere:*

*inviato da P.E.C. o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it con allegata fotocopia del documento di identità del richiedente;*

*firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da P.E.C. all'indirizzo P.E.C.: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it oppure dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it*

*Avvertenze*

*si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione*

**RIFERIMENTI PER INFORMAZIONI**

S.C. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – SIAN
sede territoriale di CUNEO Tel 0171 450691
sede territoriale di FOSSANO Tel 0172 699245
sede territoriale di MONDOVI' Tel 0174 676146
sede territoriale di SALUZZO Tel 0175 479763
sede territoriale di SAVIGLIANO Tel 0172 240680
E-mail: sian@aslcn1.it