



**Amministrazione destinataria**

Città di Ponte San Pietro

**Ufficio destinatario**

Ufficio SUAP

**Comunicazione di sospensione/riattivazione della/e attività di cui all'atto di riconoscimento rilasciato**

*Ai sensi del Regolamento Comunitario 29/04/2004, n. 852/2004*

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
					<input type="checkbox"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo					
Denominazione/Ragione sociale			Tipologia		
Sede legale					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
					<input type="checkbox"/>
Codice Fiscale		Partita IVA			
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio			Provincia	Numero Iscrizione	

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata**

--

**in relazione allo stabilimento sito in**

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							<input type="checkbox"/>
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano
							SNC
							CAP
							<input type="checkbox"/>

**Ulteriori immobili oggetto del procedimento** *(allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")*

il procedimento riguarda  ulteriori immobili

**COMUNICA**

- la sospensione della/e attività di
- l'intenzione di riattivare la/le attività sospesa/e

**avviata/e con numero di riconoscimento**

<b>Numero atto</b>	<b>Data rilascio</b>	<b>Ente di riferimento</b>
<b>Oggetto del provvedimento</b>		

**relativamente ai prodotti di cui alla Tabella A**

<b>Categoria prodotti</b>	<b>Tipologia attività</b>	<b>Prodotti</b>	<b>Forma di presentazione</b>
<input type="checkbox"/> I. integratori alimentari <i>(Dir. Com. 10/06/2002, n. 2002/46/CE)</i>	<input type="checkbox"/> produzione <input type="checkbox"/> confezionamento	<input type="checkbox"/> 01 integratori alimentari	<input type="checkbox"/> 01 capsule <input type="checkbox"/> 02 compresse, tavolette
<input type="checkbox"/> II. alimenti destinati alla prima infanzia <i>(Reg. Com. 12/06/2013, n. 609/2013)</i>	<input type="checkbox"/> produzione <input type="checkbox"/> confezionamento	<input type="checkbox"/> 02 formule per lattanti e di proseguimento <input type="checkbox"/> 03 alimenti a base di cereali e altri alimenti per la prima infanzia	<input type="checkbox"/> 03 polveri <input type="checkbox"/> 04 fialoidi <input type="checkbox"/> 05 sciroppi <input type="checkbox"/> 06 granulati <input type="checkbox"/> 07 bustine
<input type="checkbox"/> III. alimenti destinati a fini medici speciali compresi quelli per la prima infanzia <i>(Reg. Com. 12/06/2013, n. 609/2013)</i>	<input type="checkbox"/> produzione <input type="checkbox"/> confezionamento	<input type="checkbox"/> 04 alimenti a fini medici speciali ad esclusione di quelli destinati a lattanti e/o bambini nella prima infanzia <input type="checkbox"/> 05 alimenti a fini medici speciali destinati a lattanti e/o bambini nella prima infanzia	<input type="checkbox"/> 08 forma liquida (non classificata altrove) <input type="checkbox"/> 09 forma solida (non classificata altrove)
<input type="checkbox"/> IV. alimenti sostituiti dell'intera razione alimentare giornaliera per il controllo del peso <i>(Reg. Com. 12/06/2013, n. 609/2013)</i>	<input type="checkbox"/> produzione <input type="checkbox"/> confezionamento	<input type="checkbox"/> 06 Sostituiti dell'intera razione alimentare giornaliera per il controllo del peso	<input type="checkbox"/> 10 pane <input type="checkbox"/> 11 pasta <input type="checkbox"/> 12 prodotti dolciari <input type="checkbox"/> 13 prodotti di pasticceria <input type="checkbox"/> 14 prodotti da forno
<input type="checkbox"/> V. alimenti addizionati di vitamine e minerali <i>(Reg. Com. 20/12/2006, n. 1925/2060)</i>	<input type="checkbox"/> produzione <input type="checkbox"/> confezionamento	<input type="checkbox"/> 07 derivati del latte addizionati di vitamine e minerali <input type="checkbox"/> 08 paste alimentari, prodotti da forno e pasticceria, e prodotti simili addizionati di vitamine e minerali <input type="checkbox"/> 09 bibite analcoliche e altre bevande addizionate di vitamine minerali <input type="checkbox"/> 10 altri prodotti alimentari non classificati altrove addizionati di vitamine e minerali	<input type="checkbox"/> 15 gel <input type="checkbox"/> 16 latte <input type="checkbox"/> 17 prodotti caseari <input type="checkbox"/> 18 olii <input type="checkbox"/> 19 emulsioni

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

#### DICHIARA

- di essere consapevole che il rilascio dell'atto (condizionato/definitivo) è subordinato al pagamento della tariffa prevista dalla Deliberazione della Giunta Regionale 29/12/2015, n. 10/4702, da versarsi con le modalità previste dall'ATS
- di essere informato che la presente non sostituisce altri eventuali adempimenti di legge previsti ai fini dell'avvio dell'attività, né dal versamento della tariffa annuale dovuta ai sensi del Decreto Legislativo 19/11/2008, n. 194/08 per il finanziamento dell'attività dei controlli sanitari ufficiali in materia di igiene degli alimenti

#### referente per la pratica

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- ricevuta dei diritti sanitari
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati (specificare)

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ponte San Pietro

Luogo

Data

il dichiarante