**MODULO B** Alla ASL DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PER IL TRAMITE DEL SUAP DEL COMUNE di

E p.c. Dipartimento Sanità

DPF011 -Servizio Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

Via Conte di Ruvo, 74 - 65127 PESCARA

**OGGETTO**: **Domanda di aggiornamento per variazione della ragione sociale del decreto di riconoscimento rilasciato ai sensi del Reg. (CE) n. 852/2004 - n. 853/2004 ALTRO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_ e residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_)

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di **legale rappresentante / presidente pro tempore / altro** *(specificare)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Della Ditta *(Ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Partita IVA* |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

## ai sensi della normativa vigente, l’aggiornamento del decreto di riconoscimento del proprio impianto sito

**allo stesso indirizzo della sede legale** *oppure*

nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Già riconosciuto con attribuzione del numero \_\_\_\_\_\_\_. al fine del**

**CAMBIO DELLA RAGIONE SOCIALE VOLTURAZIONE**

# di uno stabilimento riconosciuto senza modifiche strutturali e/o impiantistiche e/o produttive

**DALLA Ditta**

**ALLA Ditta**

***A tal fine allega:***

1. copia della documentazione inerente l’avvenuto cambio di ragione sociale/volturazione/variazione della titolarità;
2. Ricevuta del versamento delle spese relative all’aggiornamento del riconoscimento dello stabilimento;

Il / la Sottoscritto/a dichiara inoltre:

1. di essere informato/a che la presente comunicazione non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell’avvio della attività
2. la conservazione, da parte della struttura, dei requisiti di conformità alle norme di riferimento
3. di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 del DPR 28/12/2000 n.445.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIVACY: DICHIARA di essere informato, che i dati personali forniti, saranno trattati ai sensi e per gli effetti dell’Art. 13 del REG. UE 2016/679 e di aver preso visione dell’informativa Generale sul Trattamento dei dati personali della Regione Abruzzo (rev. 1 – dic. 2019)**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_