

# ELENCO DOCUMENTAZIONE

## ISTANZA DI AMPLIAMENTO

- 1) SCHEDA B - SCHEDA DI RILEVAZIONE TIPOLOGIA ATTIVITA' DATATA E FIRMATA
- 2) PLANIMETRIA DELLO STABILIMENTO IN SCALA 1:100, DALLA QUALE RISULTI EVIDENTE LA DISPOSIZIONE DEI LOCALI, DELLE LINEE DI PRODUZIONE, DELLA RETE IDRICA O DEGLI SCARICHI, DATATA E FIRMATA DAL TECNICO ABILITATO;
- 3) RELAZIONE TECNICO DESCRITTIVA DEGLI IMPIANTI E DEL CICLO DI LAVORAZIONE CON INDICAZIONI RELATIVE ALL'APPROVVIGIONAMENTO IDRICO, ALLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SOLIDI E LIQUIDI E ALLE EMISSIONI IN ATMOSFERA, DATATA E FIRMATA;
- 4) RELAZIONE TECNICO DESCRITTIVA SUL PIANO DI AUTOCONTROLLO AZIENDALE, SULL'ANALISI DEI RISCHI CONDOTTA SECONDO I PRINCIPI DELL'HACCP, INDIVIDUAZIONE E GESTIONE DEI CCP E DEL SISTEMA DI TRACCIABILITA' DATATA E FIRMATA;
- 5) RICEVUTA DEL VERSAMENTO DI € 103,29 SUL C/C POSTALE O SU C/C BANCARIO (VEDERE VERSAMENTI "ALL. 1)
- 6) 2 ATTESTAZIONI DI PAGAMENTO DELLE IMPOSTE DI BOLLO, ASSOLTE VIRTUALMENTE, PER L'ISTANZA E PER IL TITOLO AUTORIZZATIVO DEL VALORE CORRENTE, VERSATI UTILIZZANDO IL MODELLO F23 DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE (CODICE TRIBUTO 456T);
- 7) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER LA COMUNICAZIONE ANTIMAFIA (ALL. 2)
- 8) DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE DELLA CAMERA DI COMMERCIO (ALL. 3)
- 9) INDICAZIONE DEL LABORATORIO ESTERNO ISCRITTO NEL REGISTRO REGIONALE PER L'EFFETTUAZIONE DELLE ANALISI PREVISTE DALL'AUTOCONTROLLO OVVERO DEL LABORATORIO INTERNO (ALL. 4)
- 10) RICEVUTA DEL VERSAMENTO DI € 89,05 SUL C/C POSTALE N° 20599015 INTESTATO ALLA ASL ROMA 6 – SERVIZIO VETERINARIO – BORGO GARIBALDI 12 – ALBANO LAZIALE. - CAUSALE DEL VERSAMENTO **PARERE PER VARIAZIONE ATTIVITA' PRODUTTIVA/AGGIORNAMENTO COD. 4B3**

**CONTO CORRENTE POSTALE E BANCARIO  
INTESTATO ALLA ASL ROMA 6**

ISTANZA DI **AMPLIAMENTO** RICONOSCIMENTO COMUNITARIO STABILIMENTO

BENEFICIARIO: **ASL ROMA 6**

CAUSALE DI VERSAMENTO: **ISTANZA DI AMPLIAMENTO**

IMPORTO: **€103,29**

C/c POSTALE: **20599015**

PER VERSAMENTO CON C/C BANCARIO . **UNICREDIT Spa- Agenzia di Albano Laziale**

**Via Cavour 21 Albano Laziale**

ABI: **02008**

CAB: **38864**

CIN: **O (lettera)**

IBAN: **IT9700200838864000400007355**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 DEL d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

**Comunicazione antimafia al fine del rilascio di riconoscimenti/autorizzazioni/registrazioni**

(art. 89 comma 1, Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159)

Il sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato(a) a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

stato di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

in qualità di: legale rappresentante

dell'impresa denominata \_\_\_\_\_

con codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

che nei propri confronti (\*) non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.L.gs n. 159/2011.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a prende atto che l'Amministrazione ricevente procederà a controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la dichiarante decaderà dai benefici conseguenti alla dichiarazione mendace, fermo restando le responsabilità penali.

Letto, confermato e sottoscritto

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' ALLEGATO**

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (fronte retro) in corso di validità del soggetto/i sottoscrittore/i del modello.

( ) ove il richiedente è una società la dichiarazione di insussistenza delle cause ostative può essere resa dal titolare/legale rappresentante assumendosi la responsabilità ai sensi del comma 2 dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, oppure può essere resa da parte di ogni soggetto interessato

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 DEL d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

**COMUNICAZIONE ISCRIZIONE C.C.I.A.A.**

(al fine del rilascio riconoscimenti/autorizzazioni/registrazioni)

Il sottoscritto/a(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

Nato(a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In qualità di: legale rappresentante

Dell'impresa denominata \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_

Con codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA N° \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

- di essere iscritto nel registro delle imprese prot. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di possedere il seguente Numero REA \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a prende atto che l'Amministrazione ricevente procederà a controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la dichiarante decederà dai benefici conseguenti alla dichiarazione mendace, fermo restando le responsabilità penali.

Letto, confermato e sottoscritto

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' ALLEGATO**

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (fronte retro) in corso di validità del soggetto/i sottoscrittore/i del modello.

( ) ove il richiedente è una società la dichiarazione di insussistenza delle cause ostative può essere resa dal titolare/legale rappresentante assumendosi la responsabilità ai sensi del comma 2 dell'art. 47 del D P R. 445/00, oppure può essere resa da parte di ogni soggetto interessato.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 DEL d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

**Comunicazione iscrizione registro regionale**

(art. 89 comma 1, Decreto Legislativo 6 settembre

Il sottoscritto/a(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato(a) a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

stato di nascita \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di: legale rappresentante

dell'impresa denominata \_\_\_\_\_

con codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

che il laboratorio per l'esecuzione delle analisi in autocontrollo è iscritto nel Registro Regionale ed è il seguente:

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Il/la sottoscritto/a prende atto che l'Amministrazione ricevente procederà a controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la dichiarante decaderà dai benefici conseguenti alla dichiarazione mendace, fermo restando le responsabilità penali

Letto, confermato e sottoscritto

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' ALLEGATO**

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (fronte retro) in corso di validità del soggetto/i sottoscrittore/i del modello.

( ) ove il richiedente è una società la dichiarazione di insussistenza delle cause ostative può essere resa dal titolare/legale rappresentante assumendosi la responsabilità ai sensi del comma 2 dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, oppure può essere resa da parte di ogni soggetto interessato.