

Da compilare e recapitare a:

S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Via Carducci 35

09170 ORISTANO

Tel. 0783/317729

Mail sian@asloristano.it

PEC sian.oristano@pec.asloristano.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE
ANNO _____ PREVISTE AI SENSI DEL D.LGS 32/2021 (artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.)**

Il / La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____/____/____

Codice fiscale _____

Residente nel Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

E-mail e/o PEC _____

Telefono _____

In qualità di:

☐ Titolare ☐ Legale rappresentante ☐ altro _____

Denominazione o ragione sociale _____

Partita IVA _____

Codice fiscale _____

Con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Telefono _____

PEC _____

e sede operativa sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale):

Comune di _____ Prov. _____ Cap _____

Via/Piazza _____ Telefono Cell. _____

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.

Data _____

Timbro e Firma _____

Privacy: autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto.

Data _____

Timbro e Firma _____

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.

Aggiornato maggio 2024