

Scheda A5

COMUNICAZIONE **CESSAZIONE** O **SOSPENSIONE** TOTALE O PARZIALE DI
ATTIVITA' E RIATTIVAZIONE AI SENSI DEL REG. (CE) 853/2004

Al Servizio Veterinario
della ASL _____

Per il tramite dello Sportello Unico
delle Attività Produttive del
Comune di _____

Il/la sottoscritto/a:

Cognome Nome
Codice Fiscale _____
Nato a Provincia il
Stato Cittadinanza
Residente in Via/piazza n.
Comune di CAP Provincia
Tel. fax
e-mail@..... PEC.....@.....

In qualità di **Titolare** **Legale Rappresentante** **altro**
 dell'impresa individuale **della società** **dell'Ente**

denominata/o (denominazione o ragione sociale registrata alla CCIAA)

.....
Codice Fiscale _____
Partita IVA (se diversa dal codice fiscale) _____
Con sede legale nel Comune gale)Provincia
Via/piazza n°
Cap..... Tel. fax
n° di iscrizione al Registro ImpreseCCIAA di
e-mail@..... PEC.....@.....

Comune (sede operativa dello stabilimento)CapProvincia
Via/piazza n°
Tel. fax

COMUNICA

La **sospensione/cessazione** (barrare la voce che non interessa) della/e seguente/i
attività:

Sez.	Categoria	Attività Codice Sanco	Specie	Remarks Sanco	Prodotti

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che la comunicazione di cessazione totale delle attività svolte comporterà la revoca definitiva del riconoscimento e che la sospensione totale o parziale delle attività svolte, qualora non sia seguita dalla riattivazione entro un tempo massimo di **24 mesi**, comporterà la revoca definitiva, totale o parziale del riconoscimento.

CHIEDE

la **riattivazione** della/e seguente/i attività:

Sez.	Categoria	Attività Codice Sanco	Specie	Remarks Sanco	Prodotti

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- ✓ di essere informato che la presente non sostituisce altri eventuali adempimenti di legge previsti ai fini dell'attività;
- ✓ di essere 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 D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.;
- ✓ la conformità all'originale degli atti trasmessi;

Il/la sottoscritto/a si impegna a:

- ✓ comunicare ogni successiva modifica significativa a quanto sopra descritto ivi compresa la ripresa dell'attività, pena la sospensione del riconoscimento.

Data

Il Richiedente

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene inoltrata la presente domanda. Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti necessari per l'erogazione della prestazione richiesta. Prende atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dall'art. 13 del Reg. UE 679/2016.

Data

Firma