

AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO DELL'A.S.P. di RAGUSA tramite il S.U.A.P. del
COMUNE di _____

RICHIESTA DI REGISTRAZIONE STABILIMENTO E RILASCIO CODICE AZIENDALE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/_____ residente a _____ Prov. (____) Via _____ n. _____

● **Ditta individuale / Persona fisica**

Cod. Fisc. _____ P. IVA _____

con sede legale sita in: _____ indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ recapito tel. _____

Pec* _____ @ _____ Cod. Destinatario SDI* _____

Email _____ @ _____

● **Legale Rappresentante della ditta denominata*** _____

Cod. Fisc./P. IVA _____ con sede legale sita in: _____

indirizzo _____ CAP _____ Comune _____

tel. _____ Pec* _____ @ _____ Cod. Destinatario SDI* _____

Email _____ @ _____

in qualità di OPERATORE /SOCCIDARIO dell'attività di allevamento sotto indicata denominata

CHIEDE

1. che lo stabilimento sito a _____ C.da _____

Lat. Nord* | _____ | _____ | Long. Est* | _____ | _____ |

**VENGA REGISTRATO E LE VENGA ATTRIBUITO UN NUMERO DI CODICE AZIENDALE CONFORME A QUANTO PREVISTO DALLA
NORMATIVA VIGENTE.**

2. che presso tale stabilimento vengano attivate le attività di seguito elencate:

1. Specie BOVINA <input type="checkbox"/> Capacità Struttura n.* _____	2. Specie OVICAPRINA <input type="checkbox"/> Capacità Struttura n.* _____	3. Specie SUINA <input type="checkbox"/> Capacità Struttura n.* _____
4. Specie EQUINA <input type="checkbox"/> Capacità Struttura n.* _____	5. Specie AVICOLA <input type="checkbox"/> Capacità Struttura n.* _____	6. Specie _____ <input type="checkbox"/> <small>ALTRA</small> Capacità Struttura n.* _____

*Campi obbligatori

Dichiara che il PROPRIETARIO / SOCCIDANTE degli animali è *(da indicare nel caso in cui l'operatore non coincide con il proprietario degli animali):*

● **Il/la Sig./Sig.ra** _____ nato/a a _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. (____) indirizzo _____

Cod. Fiscale _____ tel. _____ Pec* _____

_____ @ _____ Email _____ @ _____

● **la Ditta** con sede legale sita in: _____ indirizzo _____
 _____ Cod. Fisc./P. IVA _____ CAP _____ Comune
 _____ Cod. Fiscale _____
 tel. _____ Pec* _____@_____
 Email _____@_____ di cui è legale rappresentante il Sig.
 _____ nato a _____ il _____ residente nel comune di
 _____ Prov. (_____) via _____

Si impegna a comunicare ogni variazione dei dati entro il termine previsto di 7 (sette) giorni.

Il/La sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del D. L.vo 196/2003 sui propri diritti nei confronti del trattamento dei dati personali e preso atto che il trattamento verrà effettuato nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza, esprime

il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa

Allega alla presente:

- atto costitutivo della società (se non si tratta di ditta individuale)
- estratto del foglio di mappa catastale e visura catastale del sito ove ricade lo stabilimento (aggiornato all'anno di presentazione istanza)
- planimetria con le indicazioni dei fabbricati e delle attrezzature dove dovrà essere svolta attività;
- relazione tecnica-descrittiva dell'attività produttiva da svolgere secondo la traccia prevista dall'**All. AB. 5**
- relazione tecnica per la produzione del latte redatta secondo la traccia prevista dall'**Allegato AB. 5**
- n. _____ schede di allevamento relative a ciascuna specie allevata (**Allegato AB. 1**)
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante il possesso dei requisiti igienico sanitari e di benessere (**Allegato AB. 2**)
- richiesta di registrazione ai sensi del Reg Ce 183/05 (solo nel caso si producano foraggi o si consumino mangimi) (**Allegato AB. 3**)
- richiesta nulla osta uso derivati della lavorazione del latte (solo nel caso si consumino per l'alimentazione zootecnica) (**Allegato AB. 4**)
- comunicazione delega per registrazione dati in Banca Dati Nazionale (**Allegato AB. 6**)
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante il possesso dei requisiti strutturali dell'allevamento (**Allegato AB.7**)
- fotocopia documento di identità del richiedente in corso di validità;
- fotocopia documento di identità di altri dichiaranti.

_____ li _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORITA' SANITARIA COMPETENTE

CODICE AZIENDALE ATTRIBUITO

IT				R	G			
Ultime tre cifre codice ISTAT del Comune ove ha sede l'azienda			Sigla provincia ove ha sede l'azienda			Numero assegnato all'azienda		

Prot. _____ Data ____/____/____	ZONA N. _____ <small>(COGNOME /NOME DEL VETERINARIO DI ZONA)</small>	IL VETERINARIO SSA RESPONSABILE DELLO STABILIMENTO _____ <small>TIMBRO E FIRMA</small>	IL VETERINARIO SIAPZ RESP. DEL PROCEDIMENTO _____ <small>TIMBRO E FIRMA</small>
-------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------