

ALLA REGIONE UMBRIA
 DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE
 E SOCIETA' DELLA CONOSCENZA
 SERVIZIO PREVENZIONE, SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
 VIA MARIO ANGELONI N. 61
 PERUGIA

BOLLO

PER IL TRAMITE DEL
 SERVIZIO MEDICO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
 AZIENDA USL UMBRIA

Il sottoscritto in qualità di
 della Ditta
 con sede legale nel Comune di Provincia CAP
 Via/piazza n°
 C.F./Partita IVA tel. fax
 e-mail posta elettronica certificata

CHIEDE

il riconoscimento ai sensi del Reg. (CE) n. 852/2004 per l'impianto sito nel Comune di
 Provincia CAP Via/piazza n°
 destinato allo svolgimento delle seguenti attività:

CATEGORIA		
Semi, germogli, Semi e Germogli		
TIPOLOGIA DI ATTIVITA'		(Barrare)
PP	Produzione	<input type="checkbox"/>
CN	Confezionamento	<input type="checkbox"/>
PC	Produzione e confezionamento	<input type="checkbox"/>
ST	Deposito all'ingrosso	<input type="checkbox"/>
PRODOTTI		(Barrare)
01	Semi	<input type="checkbox"/>
02	Semi germogliati	<input type="checkbox"/>
03	Germogli	<input type="checkbox"/>

IL CUI RESPONSABILE E' IL SIG.

A tal fine allega alla presente:

1. planimetria dello stabilimento in scala 1:100, dalla quale risulti evidente la disposizione dei locali, delle linee di produzione, della rete idrica e degli scarichi, datata e firmata da un tecnico abilitato;
2. 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;
3. ricevuta di versamento ai sensi D.D. n. 109 del 12.1.2012 (€ 516,46);
4. dichiarazione sostitutiva di certificazione, a firma del titolare o legale rappresentante, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni (completa di fotocopia del documento di identità), relativa al possesso dell'autorizzazione allo scarico delle acque reflue;
5. dichiarazione sostitutiva di certificazione, a firma del titolare o legale rappresentante, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni (completa di fotocopia del documento di identità), sull'idoneità al consumo delle acque utilizzate nell'impianto, ai sensi D.L.vo 31/2001;
6. indicazione del laboratorio iscritto nel registro regionale, ai sensi della D.G.R. 1871 del 20.12.2010 e s.m.i., per l'effettuazione delle analisi previste dall'autocontrollo, o dichiarazione di impegno relativa;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione, a firma del titolare o legale rappresentante, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni (completa di fotocopia del documento di identità), attestante l'adempimento degli obblighi relativi al rilascio dell'autorizzazione alle emissioni in atmosfera di cui alla Parte V del D.L.gs 152/2006 e s.m.i".

8. parere favorevole del Servizio Medico di Igiene degli alimenti e della nutrizione della AUSL territorialmente competente, circa i requisiti igienico sanitari che devono possedere gli stabilimenti di produzione di commercializzazione e di deposito degli additivi alimentari e degli aromi.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa ai dati allegati alla presente istanza.

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda.

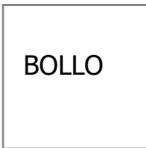
Data

FIRMA

.....

**ISTANZA DI AGGIORNAMENTO DEL RICONOSCIMENTO AI SENSI REG. CE 852/2004 NEL CASO DI:
MODIFICHE STRUTTURALI E/O IMPIANTISTICHE E/O DI LAVORAZIONE CHE COMPORTANO
SOSTITUZIONI O AGGIUNTE ALLA TIPOLOGIA DI ATTIVITA' PREVISTA DAL RICONOSCIMENTO**

ALLA REGIONE UMBRIA
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE
E SOCIETA' DELLA CONOSCENZA
SERVIZIO PREVENZIONE, SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
VIA MARIO ANGELONI N. 61
PERUGIA



PER IL TRAMITE DEL
SERVIZIO MEDICO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
AZIENDA USL UMBRIA

Il sottoscritto in qualità di
della Ditta con sede
legale nel Comune di Provincia CAP Via/piazza
..... n°
C.F./Partita IVA tel. fax
e-mail posta elettronica certificata
con impianto sito nel Comune di Provincia CAP Via/piazza
..... n°, già riconosciuto ai sensi del Reg. (CE) n. 852/2004 con n°
.....

CHIEDE

l'aggiornamento del riconoscimento per lo svolgimento delle seguenti **ulteriori** attività:

CATEGORIA		
Semi, germogli, Semi e Germogli		
TIPOLOGIA DI ATTIVITA'		<i>(Barrare)</i>
PP	Produzione	<input type="checkbox"/>
CN	Confezionamento	<input type="checkbox"/>
PC	Produzione e confezionamento	<input type="checkbox"/>
ST	Deposito all'ingrosso	<input type="checkbox"/>
PRODOTTI		<i>(Barrare)</i>
01	Semi	<input type="checkbox"/>
02	Semi germogliati	<input type="checkbox"/>
03	Germogli	<input type="checkbox"/>

A tal fine allega alla presente:

1. planimetria dello stabilimento in scala 1:100, dalla quale risulti evidente la disposizione dei locali, delle linee di produzione, della rete idrica e degli scarichi, datata e firmata da un tecnico abilitato;
2. 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;
3. ricevuta di versamento ai sensi D.D. n. 109 del 12.1.2012 (€ 258,23);
4. dichiarazione sostitutiva di certificazione, a firma del titolare o legale rappresentante, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni (completa di fotocopia del documento di identità), relativa al possesso dell'autorizzazione allo scarico delle acque reflue;
5. dichiarazione sostitutiva di certificazione, a firma del titolare o legale rappresentante, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni (completa di fotocopia del documento di identità), sull'idoneità al consumo delle acque utilizzate nell'impianto, ai sensi D.L.vo 31/2001;
6. indicazione del laboratorio iscritto nel registro regionale, ai sensi della D.G.R. 1871 del 20.12.2010 e s.m.i. per l'effettuazione delle analisi previste dall'autocontrollo, o dichiarazione di impegno relativa;

7. dichiarazione sostitutiva di certificazione, a firma del titolare o legale rappresentante, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni (completa di fotocopia del documento di identità), attestante l'adempimento degli obblighi relativi al rilascio dell'autorizzazione alle emissioni in atmosfera di cui alla Parte V del D.L.gs 152/2006 e s.m.i”.
8. parere favorevole del Servizio Medico di Igiene degli alimenti e della nutrizione della AUSL territorialmente competente, circa i requisiti igienico sanitari che devono possedere gli stabilimenti di produzione di commercializzazione e di deposito degli additivi alimentari e degli aromi.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa ai dati allegati alla presente istanza.

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda.

Data

FIRMA

.....

**COMUNICAZIONE MODIFICA STRUTTURALE E/O IMPIANTISTICHE E/O DI LAVORAZIONE CHE NON
COMPORNTANO VARIAZIONE O AGGIUNTE ALLA TIPOLOGIA DI ATTIVITA' PRODUTTIVA E/O DI
CATEGORIA PREVISTA DAL RICONOSCIMENTO RILASCIATO AI SENSI REG. CE 852/2004**

ALLA REGIONE UMBRIA
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE
E SOCIETA' DELLA CONOSCENZA
SERVIZIO PREVENZIONE, SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
VIA MARIO ANGELONI N. 61
PERUGIA

PER IL TRAMITE DEL
SERVIZIO MEDICO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
AZIENDA USL UMBRIA

Il sottoscritto in qualità di
della Ditta con sede
legale nel Comune di Provincia CAP Via/piazza
..... n°
C.F./Partita IVA tel. fax
e-mail Posta elettronica certificata
con impianto sito nel Comune di Provincia CAP Via/piazza
..... n°, già riconosciuto ai sensi del Reg. (CE) n. 852/2004 con n°
..... per lo svolgimento delle seguenti attività (*indicare le attività per le quali lo stabilimento è
riconosciuto*)

COMUNICA

di aver apportato modifiche strutturali e/o impiantistiche e/o di lavorazione che **non** comportano variazioni delle attività di cui al riconoscimento.

A tal fine allega alla presente:

1. planimetria aggiornata dello stabilimento in scala 1:100 dalla quale risulti evidente la disposizione dei locali, delle linee di produzione, della rete idrica e degli scarichi, datata e firmata da un tecnico abilitato, con indicazione delle modifiche apportate ;
2. relazione tecnico descrittiva degli impianti e del ciclo di lavorazione, aggiornata, con indicazione delle modifiche apportate, datata e firmata;
3. ricevuta i versamento sensi D.D n.109 del 12.1.2012 (€ 103,29);
4. parere favorevole del Servizio Medico di Igiene degli alimenti e della nutrizione della AUSL territorialmente competente, circa i requisiti igienico sanitari che devono possedere gli stabilimenti di produzione di commercializzazione e di deposito degli additivi alimentari e degli aromi.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa ai dati allegati alla presente istanza.

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda.

Data

FIRMA

.....

ISTANZA VOLTURA DEL RICONOSCIMENTO AI SENSI REG. CE 852/2004

BOLLO

ALLA REGIONE UMBRIA
 DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE
 E SOCIETA' DELLA CONOSCENZA
 SERVIZIO PREVENZIONE, SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
 VIA MARIO ANGELONI N. 61
 PERUGIA

PER IL TRAMITE DEL
 SERVIZIO MEDICO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
 AZIENDA USL UMBRIA

Il sottoscritto in qualità di
 della Ditta (*nuova ragione sociale*) con sede legale nel Comune di
 Provincia CAP Via/piazza
 n°
 C.F./Partita IVA tel. fax
 e-mail Posta elettronica certificata

CHIEDE

Per l'impianto sito nel Comune di Provincia CAP Via/piazza
 n°, già riconosciuto ai sensi del Reg. (CE) n. 852/2004 con n°
, **la voltura del riconoscimento**
 da
 (*indicare la vecchia ragione sociale*)
 a
 (*indicare la nuova ragione sociale*)
 C.F./Partita IVA

IL CUI RESPONSABILE E' IL SIG.

A tal fine allega alla presente:

1. atti attestanti la cessione e/o la variazione della ragione sociale (rogito, contratto di affitto, atto di modifica, autocertificazione se prevista e controllabile);
2. ricevuta di versamento sensi D.D n. 109 del 12.1.2012 (€ 103,29);
3. parere favorevole del Servizio Medico di Igiene degli alimenti e della nutrizione della AUSL territorialmente competente, circa il mantenimento dei requisiti igienico sanitari che devono possedere gli stabilimenti di produzione di commercializzazione e di deposito degli additivi alimentari e degli aromi.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa ai dati allegati alla presente istanza.

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda.

Data

FIRMA

.....

COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE O SOSPENSIONE TOTALE O PARZIALE DI ATTIVITA' IN STABILIMENTO RICONOSCIUTO AI SENSI REG. CE 852/2004

ALLA REGIONE UMBRIA
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, COESIONE SOCIALE
E SOCIETA' DELLA CONOSCENZA
SERVIZIO PREVENZIONE, SANITA' VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
VIA MARIO ANGELONI N. 61
PERUGIA

PER IL TRAMITE DEL
SERVIZIO MEDICO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
AZIENDA USL UMBRIA

Il sottoscritto in qualità di
della Ditta con sede legale nel Comune di
..... Provincia CAP Via/piazza n°
C.F./Partita IVA tel. fax
e-mail Posta elettronica certificata

di aver

- cessato**
 - Totalmente
 - Parzialmente
- sospeso**
 - Totalmente
 - Parzialmente

le seguenti attività svolte presso l'impianto sito nel Comune di Provincia CAP
..... Via/piazza n° con riconoscimento ai
sensi del Reg. (CE) n. 852/2004 n.

.....
.....
.....

Dichiara 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 12 mesi, comporterà la revoca definitiva. totale o parziale del riconoscimento.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa ai dati allegati alla presente istanza.

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda.

Data

FIRMA

.....