



**Amministrazione destinataria**  
Comune di San Pellegrino Terme

**Ufficio destinatario**  
Ufficio SUAP



## Domanda di riconoscimento per attività di produzione/confezionamento di alimenti per gruppi specifici di popolazione, integratori, alimenti addizionati di vitamine e minerali

*Ai sensi dell'articolo 6, comma 3 del Regolamento Comunitario 29/04/2004, n. 852/2004*

### Il sottoscritto

|                    |                |        |                             |                |                               |         |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |                               |         |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |         |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico         | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |         |       |       |     |     |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|  |           |        |                             |             |           |                               |                   |       |     |     |
|--|-----------|--------|-----------------------------|-------------|-----------|-------------------------------|-------------------|-------|-----|-----|
| Ruolo  |           |        |                             |             |           |                               |                   |       |     |     |
| Denominazione/Ragione sociale                            |           |        |                             |             | Tipologia |                               |                   |       |     |     |
| Sede legale  | Provincia | Comune | Indirizzo                   | Civico      | Barrato   | Interno                       | Scala             | Piano | SNC | CAP |
| Codice Fiscale   |           |        |                             | Partita IVA |           |                               |                   |       |     |     |
| Telefono   |           |        | Posta elettronica ordinaria |             |           | Posta elettronica certificata |                   |       |     |     |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio |           |        |                             |             | Provincia |                               | Numero Iscrizione |       |     |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata

**in relazione allo stabilimento sito in**

|  |           |           |        |            |            |           |                          |                          |     |
|--|-----------|-----------|--------|------------|------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----|
| Particella terreni o Unità imm. urbana | Cod. cat. | Sezione   | Foglio | Particella | Subalterno | Categoria | Visura                   |                          |     |
|  |           |           |        |            |            |           | <input type="checkbox"/> |                          |     |
| Provincia                              | Comune    | Indirizzo | Civico | Barrato    | Interno    | Scala     | Piano                    | SNC                      | CAP |
|  |           |           |        |            |            |           |                          | <input type="checkbox"/> |     |

Ulteriori immobili oggetto del procedimento (allegare il modulo "ulteriori immobili oggetto del procedimento")  
 il procedimento riguarda \_\_\_\_\_ ulteriori immobili

**CHIEDE**

il riconoscimento ai sensi del Regolamento Comunitario 29/04/2004, n. 852/2004 per l'avvio di nuova attività

**relativamente ai prodotti di cui alla Tabella A**

| Categoria prodotti  | Tipologia attività  | Prodotti   | Forma di presentazione  |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> I. integratori alimentari<br><i>(Dir. Com. 10/06/2002, n. 2002/46/CE)</i>  | <input type="checkbox"/> produzione<br><input type="checkbox"/> confezionamento | <input type="checkbox"/> 01 integratori alimentari   | <input type="checkbox"/> 01 capsule<br><input type="checkbox"/> 02 compresse, tavolette   |
| <input type="checkbox"/> II. alimenti destinati alla prima infanzia<br><i>(Reg. Com. 12/06/2013, n. 609/2013)</i>   | <input type="checkbox"/> produzione<br><input type="checkbox"/> confezionamento | <input type="checkbox"/> 02 formule per lattanti e di proseguimento<br><input type="checkbox"/> 03 alimenti a base di cereali e altri alimenti per la prima infanzia   | <input type="checkbox"/> 03 polveri<br><input type="checkbox"/> 04 fiaoloidi<br><input type="checkbox"/> 05 sciroppi<br><input type="checkbox"/> 06 granulati<br><input type="checkbox"/> 07 bustine  |
| <input type="checkbox"/> III. alimenti destinati a fini medici speciali compresi quelli per la prima infanzia<br><i>(Reg. Com. 12/06/2013, n. 609/2013)</i>         | <input type="checkbox"/> produzione<br><input type="checkbox"/> confezionamento | <input type="checkbox"/> 04 alimenti a fini medici speciali ad esclusione di quelli destinati a lattanti e/o bambini nella prima infanzia<br><input type="checkbox"/> 05 alimenti a fini medici speciali destinati a lattanti e/o bambini nella prima infanzia   | <input type="checkbox"/> 08 forma liquida (non classificata altrove)<br><input type="checkbox"/> 09 forma solida (non classificata altrove)<br><input type="checkbox"/> 10 pane<br><input type="checkbox"/> 11 pasta<br><input type="checkbox"/> 12 prodotti dolciari |
| <input type="checkbox"/> IV. alimenti sostituiti dell'intera razione alimentare giornaliera per il controllo del peso<br><i>(Reg. Com. 12/06/2013, n. 609/2013)</i> | <input type="checkbox"/> produzione<br><input type="checkbox"/> confezionamento | <input type="checkbox"/> 06 Sostituti dell'intera razione alimentare giornaliera per il controllo del peso   | <input type="checkbox"/> 13 prodotti di pasticceria<br><input type="checkbox"/> 14 prodotti da forno<br><input type="checkbox"/> 15 gel<br><input type="checkbox"/> 16 latte<br><input type="checkbox"/> 17 prodotti caseari  |
| <input type="checkbox"/> V. alimenti addizionati di vitamine e minerali<br><i>(Reg. Com. 20/12/2006, n. 1925/2060)</i>  | <input type="checkbox"/> produzione<br><input type="checkbox"/> confezionamento | <input type="checkbox"/> 07 derivati del latte addizionati di vitamine e minerali<br><input type="checkbox"/> 08 paste alimentari, prodotti da forno e pasticceria, e prodotti simili addizionati di vitamine e minerali<br><input type="checkbox"/> 09 bibite analcoliche e altre bevande addizionate di vitamine minerali<br><input type="checkbox"/> 10 altri prodotti alimentari non classificati altrove addizionati di vitamine e minerali | <input type="checkbox"/> 18 olii<br><input type="checkbox"/> 19 emulsioni   |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che il responsabile dello stabilimento è

|                    |                |        |                             |                |              |                               |         |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|--------------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |              |                               |         |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza |                               |         |       |       |     |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   |                | Civico       | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |                |              | Posta elettronica certificata |         |       |       |     |     |

l'esistenza di un laboratorio interno di analisi idoneo o l'esistenza di una convenzione con laboratorio esterno (iscritto nell'apposito registro regionale)

*(solo per nuove attività produttive. Precisare numero di iscrizione e Regione del registro)*

|                   |  |         |  |
|-------------------|--|---------|--|
| Numero iscrizione |  | Regione |  |
|-------------------|--|---------|--|

che l'esercizio è già predisposto

che l'esercizio sarà presumibilmente approntato entro il

*(ad avvenuto approntamento dei locali ed impianti l'interessato dovrà darne comunicazione scritta all'ATS per le verifiche di competenza. Il procedimento amministrativo di cui alla Legge 07/08/1990, n. 241 avrà inizio dalla data di ricevimento della comunicazione di cui sopra)*

|                    |
|--------------------|
| Data approntamento |
|--------------------|

che lo stabilimento è soggetto anche a riconoscimento ai sensi del Regolamento Comunitario 29/04/2004, n. 853/2004

### DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole che il rilascio dell'atto (condizionato/definitivo) è subordinato al pagamento della tariffa prevista dalla Deliberazione della Giunta Regionale 29/12/2015, n. 10/4702, da versarsi con le modalità previste dall'ATS

di essere informato che la presente non sostituisce altri eventuali adempimenti di legge previsti ai fini dell'avvio dell'attività, né dal versamento della tariffa annuale dovuta ai sensi del Decreto Legislativo 19/11/2008, n. 194/08 per il finanziamento dell'attività dei controlli sanitari ufficiali in materia di igiene degli alimenti

**referente per la pratica**

|                    |                |                             |                               |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome            | Nome           | Codice Fiscale              |                               |
| Data di nascita    | Sesso          | Luogo di nascita            | Cittadinanza                  |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- descrizione dei sistemi di approvvigionamento idrico, smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi ed emissioni in atmosfera e dichiarazione di aver adempiuto agli obblighi di legge in materia  
*(qualora la fonte di approvvigionamento idrico fosse diversa dall'acquedotto pubblico, dovrà essere prodotta certificazione analitica di conformità ai requisiti di legge, di data non anteriore a tre mesi e descrizione di eventuali impianti di trattamento)*
- pianta planimetrica dei locali in scala 1:100, dalla quale risulti evidente la disposizione dei locali, delle linee di produzione e dei principali impianti con la relativa destinazione d'uso, degli accessi, della rete idrica e degli scarichi
- relazione tecnica descrittiva dei locali e dei processi, delle procedure operative e dei sistemi di verifica posti in atto
- pagamento dell'imposta di bollo
- ricevuta dei diritti di segreteria/istruttoria  
*(da allegare se previsti)*
- ricevuta dei diritti sanitari
- ulteriori immobili oggetto del procedimento
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
- altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

San Pellegrino Terme

Luogo

Data

il dichiarante