All'Azienda Sanitaria Locale
CN2 ALBA-BRA
Via Vida 10 – 12051 Alba (CN)
Servizio Veterinario Area B

Oggetto: 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 ……..……..……..

nato/a a ……..…….. prov. |_|_| il |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

in qualità di Operatore/Titolare/Legale rappresentante dell'impresa (indicare Ragione Sociale):

……..……

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| partita I.V.A. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Con sede legale sita in: Via/Piazza ……..……..

Comune di ……..……. Prov. |_|_| Cap.|_|_|_|_|_|

Telefono / Cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indirizzo PEC ……@……..……...

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

Comune di ……..…. Prov. |_|_| ..Cap.|_|_|_|_|_|

Via/Piazza ……..……..

Telefono / Cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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.

IN FEDE
(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

Data, ……

Privacy: autorizzo il trattamento dei dati personali per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto. Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali 2016/679 del 27/04/2016 (GDPR):il titolare del trattamento è l'ASL CN2 Alba-Bra e l'informativa completa è riportata sul sito dell'ASL CN2 www.aslcn2.it nella sezione "Informativa e consenso al trattamento dei dati personali". Il DPO (Data Protection Officer – Responsabile della Protezione dei Dati) è contattabile al seguente recapito: dpo@aslcn2.it

IN FEDE
(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

□ 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.