

RICHIESTA DI REGISTRAZIONE AGGIORNAMENTO CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ IN BANCA DATI ANAGRAFE NAZIONALE

AL SERVIZIO VETERINARIO ASL:

S.C SANITA ANIMALE Sede di _____

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

PEC _____

in qualità di

OPERATORE della **Ditta/attività denominata** _____

con sede legale in _____ Via _____

N° _____ prov. _____ CAP _____

Ident. Fisc. _____ tel. _____ e-mail _____

sito web _____ (se presente)

Se trattasi di Società:

INDIVIDUALE Codice Fiscale _____

DI PIÙ PERSONE Partita IVA _____

PEC (Posta Elettronica Certificata - obbligatorio per detentori P.IVA) _____

il cui RAPPRESENTANTE LEGALE è:

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ (_____) Via _____ N° _____

tel. _____ PEC _____ e-mail _____

CHIEDE

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

<input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE in data __/__/____	<input type="checkbox"/> AGGIORNAMENTO in data __/__/____	<input type="checkbox"/> CHIUSURA in data __/__/____
<input type="checkbox"/> SOSPENSIONE dalla data __/__/____	<input type="checkbox"/> RIATTIVAZIONE SOSPENSIONE dalla data __/__/____	

PER L'ATTIVITÀ DELLO STABILIMENTO SITO IN:

Cap: Comune di _____ (____) Via _____ N° _____

Coord. Geog. LAT _____ LON. _____ Codice Aziendale già assegnato:

PROPRIETÀ STRUTTURE

proprie
 di proprietà di _____ * tel. _____

Dati catastali:

Sezione _____ Foglio _____

Particella _____ Subalterno _____

***Allegare dichiarazione del proprietario delle strutture**

PROPRIETARIO degli animali (non compilare per equidi e animali da compagnia)

C.F.

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ (____) Via _____ N° _____

tel. _____ PEC _____ e-mail _____

SPECIE ALLEVATA/RACCOLTA

<input type="checkbox"/> Bovini	<input type="checkbox"/> Bufalini	<input type="checkbox"/> Ovini	<input type="checkbox"/> Suini	<input type="checkbox"/> Api e Bombi
<input type="checkbox"/> Asini	<input type="checkbox"/> Muli/Bardotti	<input type="checkbox"/> Caprini	<input type="checkbox"/> Lagomorfi	<input type="checkbox"/> Bachicoltura da seta



<input type="checkbox"/> Cervidi	<input type="checkbox"/> Pollame e Volatili in cattività	<input type="checkbox"/> Acquacoltura	<input type="checkbox"/> Elicicoltura	<input type="checkbox"/> Camelidi
<input type="checkbox"/> Insetti	<input type="checkbox"/> Altri invertebrati terrestri	<input type="checkbox"/> Animali da compagnia	<input type="checkbox"/> Cavalli	

Vedi allegati specie n. 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11
(crociare il modulo da allegare)

Diritti sanitari pagati da: Proprietario Operatore (detentore)

Il sottoscritto dichiara esatte le informazioni rese a tergo e di essere informato che la presente notifica è valida esclusivamente per la Registrazione dell'attività di allevamento di animali zootecnici all'interno di stabilimenti di produzione primaria ai sensi del Regolamento (CE) 852/2004 e del D.L.vo 158/2006 e non sostituisce altri eventuali atti ai fini dell'avvio di attività (ad es. atti in materia di edilizia, urbanistica, tutela del paesaggio e ambientale). S'impegna, inoltre, di ottemperare agli obblighi che gli derivano dalle responsabilità previste per l'attività dal Regolamento 429/2016, in particolare dall'art. 10 relative alla sanità animale e alla biosicurezza, dagli art. 24-25 relativi alla sorveglianza per le malattie elencate ed emergenti e dal D. L.vo 134/2022, in particolare dall'art. 9, relativo all'identificazione e registrazione degli animali e degli eventi. Si impegna, quindi, a segnalare eventuali mortalità anomale, cambiamenti significativi dei parametri produttivi, comparsa di sintomi di malattie gravi. Se operatore di raccolta senza uno stabilimento, s'impegna a rispettare, altresì, l'art. 36 del Reg Del. 2035/2019.

Dichiara di essere informato che per la registrazione è dovuto un diritto sanitario ai sensi del DL 32 del 02/02/2021:

- diritto di registrazione forfettario (20 euro Cod. tariffa 32S8, Sub. Cod. 4);

- nel caso si rendesse necessario un sopralluogo, diritto a tariffa oraria (80 euro/ora Cod. tariffa 3210, Sub. Cod. 5)

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Letto, confermato e sottoscritto.

Il/la dichiarante
(firma per esteso e leggibile)

_____ li, ___ / ___ / _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Documento d'identità e Codice fiscale (**obbligatori**)
- Visura Camerale (se si tratta di società)
- Contratto di soccida (se presente)
- Planimetria (**obbligatoria**)



SPAZIO RISERVATO AUTORITÀ SANITARIA COMPETENTE

La procedura viene chiusa in data _____

NUMERO CODICE AZIENDALE ATTRIBUITO

I	T								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Il Responsabile della procedura



Prot. nr.

**PER ANIMALI DETENUTI ESCLUSIVAMENTE PER FINALITÀ DIVERSE DA QUELLE
ZOOTECNICHE E DALLA PRODUZIONE DI ALIMENTI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

proprietario/detentore dello stabilimento sito in

via _____ n° _____ Comune _____ (____) Cod. Az. _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- di detenere animali esclusivamente per finalità diverse da quelle zootecniche e dalla produzione di alimenti

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

(luogo e data) _____

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via e-mail, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.



MODDPRE195/REV n°0 del febbraio 2024
Correlato a D.lgs n. 134 del 05 agosto 2022,
nel manuale operativo allegato al paragrafo 2 punto 2.1.1 e seguenti e D.M 7 marzo 2023



AUTODICHIARAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
proprietario/detentore dello stabilimento sito in _____
via _____ n° _____ Comune _____ (_____) Cod. Az. _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- di aver distrutto e smaltito, ai sensi della normativa vigente per i rifiuti, i mezzi di identificazione non utilizzati e ancora detenuti in stabilimento alla data di cessazione dell'attività.

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

(luogo e data) _____

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via e-mail, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.



Note per la corretta compilazione:

Nei casi in cui l'operatore non coincida col proprietario degli animali, ossia con la persona fisica o giuridica che ha la proprietà degli animali, nella richiesta di registrazione devono essere indicati gli estremi di tale proprietario. Questa modalità di registrazione riguarda anche i contratti di soccida, dove il soccidante corrisponde al proprietario degli animali e il soccidario all'operatore.

L'obbligo di indicare il proprietario non si applica alle attività in cui sono ospitati equini e animali da compagnia.

Nei casi in cui l'operatore o il proprietario degli animali siano società, nelle richieste deve essere indicato il legale rappresentante. Qualora la società sia intestata ad un'unica persona, questa va registrata in BDN con il codice fiscale; se, invece, la società è cointestata a più di una persona, occorre registrarne la partita IVA.

La DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ va compilata esclusivamente nei casi in cui gli animali sono detenuti esclusivamente per finalità diverse da quelle zootecniche e dalla produzione di alimenti

L'AUTODICHIARAZIONE in caso di cessazione dell'attività va compilata esclusivamente nei casi di chiusura dell'attività

Qualora si scelga come ente delegato l'ASL di appartenenza, l'operatore dovrà firmare il contratto di delega (modella MAZ 003) recandosi presso gli sportelli distrettuali.

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve per richiedere al Servizio Veterinario la registrazione/aggiornamento/chiusura/sospensione dell'attività in Banca Dati Anagrafe Nazionale

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo deve essere compilato dall'operatore della Ditta o, in caso di società, dal rappresentante legale.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) Firmato in presenza del dipendente addetto dell'Ufficio Veterinario competente per territorio al quale è consegnato. In caso di firma del modello in presenza del dipendente addetto all'ufficio, il sottoscrittore verrà identificato previa esibizione di un documento di identità.*
- b) Trasmesso da P.E.C. o da casella di posta elettronica ordinaria (mail) all'indirizzo mail del distretto di riferimento (vedi riferimenti sotto riportati) con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente.*

Avvertenze:

Se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA:

Il certificato può essere:

- ritirato di persona dal richiedente*
- ricevuta per posta, con spese a carico del richiedente*
- ritirato da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.*

TEMPO DI RISPOSTA: 30 gg. Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it.

RIFERIMENTI

Servizio Veterinario Area Sanità Animale

e-mail: sanita.animale@aslcn1.it

CUNEO - Corso Francia 10 0171/450141-142 e-mail: anagrafeveterinaria.cuneo@aslcn1.it

MONDOVI' - CASCINA VIGNABEN Località Beila Via Conti di Sambuy 0174/676124

e-mail: anagrafeveterinaria.cuneo@aslcn1.it

FOSSANO - Via Lancimano 51 0172/699341 e-mail: anagrafeveterinaria.fossano@aslcn1.it

SAVIGLIANO - Via Torino 143 0172/240641 e-mail: anagrafeveterinaria.savigliano@aslcn1.it

SALUZZO – C. Residenziale "Le Corti via della Resistenza 16/F 0175/479700

e-mail: anagrafeveterinaria.saluzzo@aslcn1.it

