

All'ASL Cn 1
Via Carlo Boggio n. 12 – 12100 CUNEO
PEC : dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it

Spazio per apporre il timbro di protocollo	Data Prot.
--	-----------------------

Comunicazione relativa ai negozi mobili utilizzati sulle aree pubbliche per la vendita di alimenti deperibili e/o per le attività di produzione e somministrazione

(la presente comunicazione deve essere trasmessa direttamente all'ASL per ogni singolo negozio mobile)

- comunicazione per acquisizione negozio mobile** (compilare tutti i punti ad esclusione del punto 7) **comunicazione per cessazione negozio mobile** (compilare solo i punti 1, 2, 3 e 7)

1. Impresa alimentare che utilizza il negozio mobile

Ragione sociale _____	
Codice Fiscale: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Partita I.V.A. (se diversa da C.F.): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> sede legale dell'impresa nel Comune di _____	
Via/Piazza _____	N° _____ C.A.P. _____ Prov. _____
<input type="checkbox"/> laboratorio dell'impresa nel Comune di _____	
Via/Piazza _____	N° _____ C.A.P. _____ Prov. _____
<input type="checkbox"/> deposito dell'impresa nel Comune di _____	
Via/Piazza _____	N° _____ C.A.P. _____ Prov. _____

2. Intestatario del negozio mobile riportato sul documento di circolazione (se diverso dal punto 1)

Cognome: _____ Nome: _____	
Codice Fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Residenza: Comune _____	Provincia _____
Via/Piazza _____	N° _____ C.A.P. _____

3. Identificativo del negozio mobile

<input type="checkbox"/> Marca _____	<input type="checkbox"/> Tipo _____	<input type="checkbox"/> Targa _____
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

4. Luogo di ricovero abituale del negozio mobile

Via/Corso/Piazza _____	N° _____
Comune _____	Provincia _____

5. Aree mercatali presso cui opera attualmente (successive variazioni dovranno essere comunicate all'ASL competente)

Comune	Indirizzo	Giorno di mercato

6. Dichiarazione di conformità igienico sanitaria

<input type="checkbox"/> Si dichiara che le caratteristiche del negozio mobile e le modalità di trasporto sono conformi a quanto previsto dal Regolamento CE/852/2004 (in particolare Allegato II, Cap. III), dall'O.M. 3/4/2002 e dalla D.G.R. 25-12456 del 10/05/2004.
--

7. Cessazione del negozio mobile

<input type="checkbox"/> Si dichiara che il negozio mobile è stato cessato e non viene più utilizzato dalla presente impresa dal
--

DATA _____

TIMBRO e FIRMA (del Responsabile della Ditta indicata al punto 1)