

Data _____ Ora _____ inizio verbalizzazione; Ora _____ fine verbalizzazione
 I/II sottoscritti/o _____, appartenenti/e al Servizio _____ dell' ASL
 in qualità di personale dell'Autorità Competente per la sicurezza alimentare, hanno/ha effettuato un controllo ufficiale presso:
 Ditta _____ Tipo di Attività _____
 Indirizzo sede operativa _____
 Indirizzo sede legale _____
 Recapiti telefonici/fax/mail - _____
 Titolare / Legale Rappresentante _____ data di nascita _____
 Luogo di nascita _____ Residenza _____
 Persona presente all'ispezione _____ data di nascita _____
 Luogo di nascita _____ Residenza _____

Obiettivo del controllo ufficiale	Verifica livello di applicazione:	<input type="checkbox"/> del Reg. CE n.178/02	<input type="checkbox"/> del Reg. CE n.852/04 e s.m.i	<input type="checkbox"/> del Reg. CE n.853/04 e s.m.i.
		<input type="checkbox"/> del Reg. CE n.2073/05 e s.m.i.	<input type="checkbox"/> del Reg. CE n.1069/2009	<input type="checkbox"/> del Reg. CE n.183/2005
		<input type="checkbox"/> del REG. CE n. 854/04		

Metodo utilizzato	<input type="checkbox"/> ispezione non programmata	<input type="checkbox"/> ispezione programmata.	<input type="checkbox"/> audit
	<input type="checkbox"/> campionamento	<input type="checkbox"/> rivedita	<input type="checkbox"/> altro:

Verifiche effettuate				
<input type="checkbox"/> dati relativi alla registrazione / allineamento in BDN	<input type="checkbox"/> requisiti strutture ed attrezzature	<input type="checkbox"/> gestione materie prime, semilavorati, prodotti finiti	<input type="checkbox"/> condizioni igieniche	<input type="checkbox"/> piano di autocontrollo
<input type="checkbox"/> tenuta delle registrazioni/autocontrollo in SIS/carico animali in BDN	<input type="checkbox"/> etichettatura	<input type="checkbox"/> rintracciabilità	<input type="checkbox"/> sottoprodotti	<input type="checkbox"/> MOCA/additivi

Locali/aree sottoposti a controllo: _____

Risultati del controllo ufficiale

<input type="checkbox"/> favorevole	<input type="checkbox"/> non favorevole per : Inadeguatezze: Livello <input type="checkbox"/> I - <input type="checkbox"/> II	Non conformità Livello: <input type="checkbox"/> II - <input type="checkbox"/> III - <input type="checkbox"/> IV
-------------------------------------	---	--

Imposizioni ex art. 54 Reg. 882/04:	<input type="checkbox"/> prescrizioni	<input type="checkbox"/> restrizioni o divieto immissioni sul mercato	<input type="checkbox"/> sospensione attività
Sanzioni ex art. 55 Reg. 882/04	<input type="checkbox"/> amministrative	<input type="checkbox"/> penali	<input type="checkbox"/> Blocco sanitario ex art. 2 punto 13 Reg. 882/04

Descrizione provvedimenti: In relazione a quanto rilevato durante il controllo ufficiale, sentito quanto dichiarato in merito dal legale rappresentante della ditta o suo delegato, si prescrive l'esecuzione delle seguenti opere/attività:

Dell'avvenuta esecuzione di quanto prescritto dovrà esserne data comunicazione, sottoscritta dall'OSA, nell'ambito del termine prefissato, alla Strutturaallegando, eventualmente, documentazione fotografica dettagliata.

La mancata ottemperanza alle disposizioni emanate col presente Provvedimento costituisce violazione dell'art. 54, punto 2 del Reg. CE 882/04 per la quale l'Art. 6, punto 7 del D.Lgs. n. 193/2007 prevede il pagamento di una sanzione amministrativa pecuniaria da € 1000 a € 6000 e potrà eventualmente comportare la segnalazione all'Autorità Giudiziaria per violazioni al Codice Penale (artt. 650 e/o 334, e/o 335, e/o 339, e/o 340)

La parte, su specifica richiesta, ha dichiarato quanto segue: _____

Il presente atto, ai sensi della Legge 7/8/1990 n. 241 e della Legge Regionale 4/7/2005 n.7, costituisce comunicazione di avvio del procedimento amministrativo nel momento in cui ne è lasciata copia all/agli interessato/i. Altra copia sarà a disposizione dell'Autorità Competente. Avverso il presente provvedimento prescrittivo è ammessa presentazione, in forma scritta, di controdeduzioni o memorie difensive all'Autorità Competente dell'ASL AT individuata nel Direttore/Responsabile del Servizio _____, entro 8 gg. dalla notifica del provvedimento e comunque almeno 48 ore prima della scadenza prevista per la rimozione della/e inadeguatezza/e /non conformità. Con la stessa procedura potranno essere richieste proroghe, debitamente motivate, per il conseguimento degli adempimenti prescritti.

Per la Ditta

I__ Verbalizzanti __

L'anno 201__ addì ___ del mese di _____ il sottoscritto verbalizzante _____ ha notificato, in località _____ il presente atto al responsabile legale della ditta, sopra indicato, affidandone copia originale a _____ in qualità di _____ cui spetta consegnare il presente atto all'interessato.

Data _____ Ora _____ inizio verbalizzazione; Ora _____ fine verbalizzazione
IL RICEVENTE IL NOTIFICATORE