

ALL'ASL

SEDE

S.O.C. VET. A

Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE PREVISTE AI SENSI DEL D.Lgs. n. 194 del 19/11/2008 e s.m.i. (art. 46 D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.).

Anno

Il sottoscritto

nato a(.....), il.....

Cittadinanza.....Codice Fiscale.....

residente nel Comune di (.....) Via.....

.....n°.....

titolare/legale rappresentante della Ditta (indicare la ragione sociale):

.....
.....

Partita IVA Codice Fiscale

tipologia produttiva:

.....

n° di riconoscimento CE dello stabilimento (solo se pertinente).....

sede legale: Comune di(.....)

Via..... n°

per la propria unità produttiva/stabilimento sita nel Comune di

.....(.....)

Via.....n°

.....

Tel. :.....Fax. :.....

e-mail/pec

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA, sotto la propria responsabilità

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>di possedere la qualifica di imprenditore agricolo, ai sensi dell'articolo 2135 del codice civile, che i prodotti lavorati e/o trasformati sono ottenuti prevalentemente dalla coltivazione del fondo o del bosco o dall'allevamento di animali e, in riferimento alla produzione complessiva annua relativa allo stabilimento:</p> <p><input type="radio"/> di non essere soggetto al pagamento della prevista tariffa, ai sensi D. Lgs 194/2008 art. 1, comma 3 bis, e s.m. e i. <i>poiché la produzione complessiva annua rientra nei quantitativi stabiliti per le fasce produttive individuate (Tabella nota regionale prot. n. ...del...)</i></p> <p><input type="checkbox"/> fino a</p> |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Il sottoscritto è consapevole di essere tenuto a comunicare tempestivamente a codesta ASL ogni variazione a quanto sopra dichiarato (diritto di esclusione al pagamento; livello produttivo annuo; ecc...) compresa la cessazione dell'attività, e si impegna ad ottemperare a tale obbligo.

Luogo e data

FIRMA e timbro

.....

Privacy: Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti necessari per l'erogazione della prestazione richiesta. Prende atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dall'art. 13 Legge 675/96.

Luogo e data

FIRMA e timbro

Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

Esente da bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 455/2000 e s.m.i.