

**All'ASL del VCO – Dipartimento di Prevenzione
Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)**

- SVET C** - SSD Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Animali
- SIAN** – SCD Igiene Alimentazione e Nutrizione
- SVET B** - SSD Igiene delle derrate alimentari di origine animale

PEC / Posta elettronica: protocollo@pec.aslvco.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** **comunicazione per cessazione negozio mobile**
(compilare tutti i punti ad esclusione del punto 7) (compilare solo i punti 1, 2, 3 e 7)

1. Impresa alimentare che utilizza il negozio mobile

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|------------|
| Ragione sociale | | | |
| Codice Fiscale: <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | |
| Partita I.V.A. (se diversa da C.F.): <input style="width: 100px;" 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 style="width: 100px;" type="text"/> | | | |
| Residenza: Comune | | Provincia | |
| Via/Piazza | N° | C.A.P. | Prov. |

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

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

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)

COPIA DI QUESTA COMUNICAZIONE DEVE ESSERE CONSERVATA SUL NEGOZIO MOBILE DURANTE L'ATTIVITA'