



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

SOC SANITA' PUBBLICA VETERINARIA – AREA B

Sede legale :Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)
Sede Operativa Omegna – V. IV Novembre, 294
Tel. 0323 868050 Fax 0323 868052 e-mail : spvareab@aslvco.it

VERBALE DI SOPRALLUOGO DEL SERVIZIO VETERINARIO

Il/La sottoscritto/a Dr. _____, in qualità di Direttore f.f. della S.C. Area B del Servizio Veterinario dell'ASL VCO

D I C H I A R A

1. che è stato effettuato in data _____ un sopralluogo presso l'impianto della Ditta _____ sito nel Comune di _____ (Prov. VB), V. _____ n. _____ destinato allo svolgimento della/e attività riportate nella scheda di rilevazione tipologia di attività, per il quale è stato richiesto/comunicato (*indicare la fattispecie che interessa*):

- 1. riconoscimento ai sensi dell'art. 4 del Reg. CE 853/04 (**con impianto in attività, ai fini del rilascio del provvedimento definitivo**);
- 2. modifiche strutturali e/o impiantistiche e/o di lavorazione **che comportano** sostituzioni o aggiunte alla tipologia di categoria e/o di attività produttiva prevista dal decreto di riconoscimento (*allegare scheda di rilevazione tipologia di attività compilata dal Servizio Veterinario - Allegato 1*);
- 3. modifiche strutturali e/o impiantistiche e/o di lavorazione **che non comportano** sostituzioni o aggiunte alla tipologia di categoria e/o di attività produttiva prevista dal decreto di riconoscimento (*allegare scheda di rilevazione tipologia di attività compilata dal Servizio Veterinario solo nel caso di variazione di specie e/o prodotti lavorati – Allegato 1*);
- 4. voltura per cambio di ragione sociale;
- 5. variazione di titolarità/legale rappresentanza dell'impresa che non comporti variazione di ragione sociale;
- 6. ripristino delle attività a seguito di un provvedimento di sospensione;

2. che è stato verificato che l'impianto soddisfa i requisiti igienico-sanitari, strutturali e gestionali previsti dal Reg.CE 852/04 e Reg.CE 853/04 per le attività effettuate;

3. che è stato verificato la completezza e la correttezza della documentazione allegata;

E S P R I M E

parere favorevole relativamente all'istanza/comunicazione presentata dalla suddetta Ditta.

Data

il Direttore f.f. S.C. Area B
Dr. Giovanna Lasagna

Allegato:

- Scheda di rilevazione delle tipologie di attività (solo per il punto 2 e, se del caso, per il punto 3)