

*Alla ASL del VCO – Dipartimento di Prevenzione
SSD Igiene degli Allevamenti e delle produzioni Animali
Via IV Novembre 294 – 28882 Crusinallo di Omegna (VB)
E-mail: spvareac@aslvc.it*

Oggetto: Autocertificazione relativa al possesso dei requisiti ai fini della Registrazione,
di cui agli articoli 9 e 18 del REG CE 183 2005.

IL sottoscritto

nato a

Prov. |_|_|

il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

in qualità di legale rappresentante della Ditta

Ragione sociale

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| partita I.V.A. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Con sede legale e/o amministrativa sita in

Indirizzo

C.A.P. - Comune

Prov. |_|_|

Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail

e sede produttiva sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale e/o amministrativa)

Indirizzo

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. |_|_|

Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail

che:

- ai sensi del regolamento (CE)183/2005, articoli 9 e 18;
- in data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| ha presentato istanza di registrazione all'ASL del VCO,

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della Legge 4 gennaio 1968 n.15, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate (artt. 482, 483, 489, 495 e 496 CP), nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base a una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace,

CERTIFICA

(barrare la voce per cui si effettua l'autocertificazione)

- Di possedere i requisiti di cui all'allegato I al REG CE 183 2005, quale esercente le attività elencate all'art. 5, comma 1 del regolamento medesimo;
- Di possedere i requisiti di cui all'allegato II, del REG CE 183 2005, quale esercente le attività elencate all'art. 5, comma 2 del regolamento medesimo e di effettuare procedure basate sui principi dell'HACCP;
- Di rispettare i requisiti di cui all'allegato III del REG CE 183 2005, per quanto riguarda l'alimentazione di animali produttori di alimenti.

Località _____

Data ricevimento _____

In fede
(Firma e timbro)