**ALLEGATO 4 Modulo 6 (articolo 13, comma 3)**

**AUTODICHIARAZIONE PER TARIFFE FORFETTARIE PER CONTROLLI UFFICIALI NEGLI STABILIMENTI DI CUI ALL’ALLEGATO 2, SEZIONE 6**

 **Azienda sanitaria locale VCO**

**Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL’APPLICAZIONE DELLE TARIFFE ANNO PREVISTE AI SENSI DEL D.LGS …….. /20…..**

**(*artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.*)**

**Il/la sottoscritto/a**

nato/a a prov. |\_|\_| il |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**in qualità di Operatore/Titolare/Legale rappresentante dell’impresa** (indicare Ragione Sociale):

**codice fiscale** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **partita I.V.A.** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Con sede legale sita in: Via/Piazza** Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. |\_|\_|

Cap.|\_|\_|\_|\_|\_| Telefono / Cell. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Fax |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**indirizzo PEC @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e sede operativa sita in (indicare solo se diversa**

**dalla sede legale):** Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. |\_|\_| Cap.|\_|\_|\_|\_|\_|

Via/Piazza

Telefono / Cell. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Fax |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Tipologia di/delle attività produttiva/e dello stabilimento (Allegato 2, Sezione 6, tabella A)**

**consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,DICHIARA, sotto la propria responsabilità:**

|  |
| --- |
| **|\_| di essere soggetto, per l’anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua in quanto, nell’anno solare precedente, ha commercializzato all’ingrosso, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all’allegato 2, sezione 6, tabella A, ai sensi dell’articolo 6, comma 6;** |
| **|\_| di NON essere soggetto, per l’anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua in quanto, nell’anno solare precedente:*** **NON ha commercializzato all’ingrosso, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all’allegato 2, sezione 6, tabella A, ai sensi dell’articolo 6, comma 6;**
* **ha svolto attività di broker o di intermediario di commercio con sede diversa da uno stabilimento fisico;**
* **ha iniziato l’attività in data successiva al 1 luglio;**
* **ha operato nell’ambito della produzione primaria e attività associate (Articolo 2, comma 1, lettere b, c, d)**
* **l'attività è (specificare la motivazione e la data dell'evento, ad esempio “cessata”, “trasferita in territorio di competenza di altra Azienda sanitaria locale”):**
 |
| **In caso di omessa trasmissione della presente autodichiarazione entro il 31 gennaio, ai sensi dell’articolo 13 comma 3, l’Azienda sanitaria locale applica la tariffa prevista ai sensi dell’articolo 17 comma 2.** |

Data,

 IN FEDE

(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

**Privacy**: autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto.

IN FEDE

(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

**□ Si allega copia fotostatica di valido documento di identità (art. 35 del DPR 445/2000 e s.m.i.) Esente da bollo ai sensi dell’art. 37 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.**