

<b>Mod.</b> <b>Istanza autorizzazione sanitaria</b>	<i>Riservato all'ufficio</i> Allegato alla domanda di Autorizzazione unica Numero SUAP _____	
--	---	--

***Istanza autorizzazione sanitaria***

- OGGETTO:**
- rilascio** di Autorizzazione Sanitaria
  - integrazione** per cambiamento o ampliamento di attività
  - voltura** di Autorizzazione Sanitaria
  - rilascio/rinnovo** di Autorizzazione Sanitaria (biennale, per mezzi di trasporto)
  - nulla osta preventivo** per la modifica a locali ed impianti già autorizzati

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome		Nome	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
C.F.	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Stato	Comune e provincia	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cittadinanza
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residenza	Via/Piazza, ecc. <input type="text"/>	N. Civ	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Comune e provincia	<input type="text"/>	E-m@il	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>

Nella qualità di:  Titolare della Ditta Individuale Omonima  Rappresentante legale della società  
 Presidente dell'associazione Culturale  \_\_\_\_\_

C.F.	<input type="text"/>	P. IVA (se diversa da C.F.)	<input type="text"/>
Denominazione o ragione sociale (in caso di società)	<input type="text"/>		
con sede legale nel Comune di	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Via, piazza	<input type="text"/>	N° civico	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
N. di iscrizione al R.I (se già iscritto)	<input type="text"/>	della CCIAA	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>

***richiede il rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria per i locali siti in***

Via/Piazza	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> N.C.T	<input type="checkbox"/> N.C.E.U.
	<input type="text"/>	Foglio	<input type="text"/>
Particella	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Subalterno	<input type="text"/>	Categ.	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Superficie mq.	<input type="text"/>
Dei quali risulta essere	<input type="checkbox"/> Proprietario	<input type="checkbox"/> Affittuario	<input type="checkbox"/> Comodatario
giusto contratto stipulato il	_____ registrato all'Agenzia delle Entrate di _____		
al n°	_____ in data _____		



**ATTIVITA' DI COMMERCIALIZZAZIONE SU AREE PUBBLICHE**

**vendita diretta al consumatore finale di :**

carni fresche "a taglio" e preparate delle specie:

- BOVINA    SUINA    OVICAPRINA    AVICUNICOLA  
 EQUINA    SELVAGGINA CACCIATA    RATITI (struzzi)

carni fresche preconfezionate all'origine appartenenti a specie diverse

prodotti ittici freschi

- con vendita di molluschi bivalvi vivi    con vendita di prodotti della pesca e dell'acquacoltura vivi  
 altri alimenti di origine animale (specificare) \_\_\_\_\_

**preparazione o trasformazione in loco per la vendita diretta al consumatore finale tipo :**

girarrosto

friggitoria

cottura di \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

a mezzo di    **negozio mobile** (marca e tipo) \_\_\_\_\_ targato \_\_\_\_\_

**banco temporaneo**

**(La compilazione dei dati seguenti è obbligatoria)**

*Il negozio mobile o il banco temporaneo viene custodito al seguente indirizzo:*

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

*Il deposito per la merce invenduta si trova al seguente indirizzo:*

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

*Gli alimenti deperibili durante i periodi in cui non si esercita il commercio sono conservati con le seguenti modalità:*

*in frigorifero presso il deposito*    *nel frigorifero del negozio mobile allacciato alla corrente elettrica*

*altra modalità (specificare)* \_\_\_\_\_

L'eventuale laboratorio connesso all'attività è sito in Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

L'attività è:    di nuova attivazione

è stata esercitata finora dal Sig. \_\_\_\_\_ titolare  
di Autorizzazione Sanitaria n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ha apportato modifiche ai locali, alle attrezzature, agli arredi fissi    SI    NO

**L'attività utilizzerà un proprio marchio di fabbrica depositato?**    SI    NO

L'attività sarà svolta in modo    permanente    temporanea dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il numero previsto di addetti (compreso il titolare e i soci) che presumibilmente verranno impiegati nell'attività sarà di \_\_\_\_\_

*I locali/veicoli saranno approntati dalla data \_\_\_\_\_ per il sopralluogo potrà essere contattato*

il Sig. \_\_\_\_\_ ai nn° telefonici \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**La persona preposta alla vendita è:**

Il sottoscritto

Il/La Signor/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

in possesso dei requisiti richiesti per la vendita di prodotti di cui al settore alimentare, e precisamente \_\_\_\_\_

titolare dell'abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari, rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

### **Impianti e servizi**

• **L'approvvigionamento dell'acqua potabile è fornito da**

- acquedotto municipale     pozzo/sorgente privato

• **Lo smaltimento dei rifiuti solidi avverrà tramite**

- servizio comunale     altro \_\_\_\_\_

• **Lo smaltimento dei rifiuti liquidi avverrà tramite**

- fognatura comunale     altro \_\_\_\_\_

• **Lo smaltimento dei rifiuti speciali (oli esausti, scarti di origine animale, ecc.) avverrà tramite:**

- ditta autorizzata     altro \_\_\_\_\_

### **Attrezzature**

Le attrezzature a disposizione dell'attività sono

#### **per la cottura e per la conservazione**

- n° \_\_\_\_ cucine con fuochi a gas     n° \_\_\_\_ cucine con piastre elettriche  
 n° \_\_\_\_ frigoriferi carni rosse     n° \_\_\_\_ frigoriferi carni bianche  
 n° \_\_\_\_ forni a gas     n° \_\_\_\_ forni elettrici  
 n° \_\_\_\_ congelatori a pozzo     n° \_\_\_\_ cong. verticali  
 n° \_\_\_\_ girarrosto     n° \_\_\_\_ friggitrice     n° \_\_\_\_ termostato a 65° C  
 n° \_\_\_\_ abbattitori     altro \_\_\_\_\_

#### **per la lavorazione**

- n° \_\_\_\_ affettatrici carni     n° \_\_\_\_ affettatrici salumi     n° \_\_\_\_ tritacarne  
 n° \_\_\_\_ insaccatrice     n° \_\_\_\_ sterilizzatori ad acqua calda per coltelli  
 n° \_\_\_\_ portacoltelli a secco     n° \_\_\_\_ tavoli da lavoro     altro \_\_\_\_\_

#### **per il deposito**

- n° \_\_\_\_ armadietti a doppio scomparto     n° \_\_\_\_ scaffali espositori     n° \_\_\_\_ estintori  
 n° \_\_\_\_ aspirapolvere     n° \_\_\_\_ cassette pronto soccorso     vaschetta lavaocchi  
 n° \_\_\_\_ pozzetti raccolta acque di lavaggio     altro \_\_\_\_\_

### **Allega alla presente:**

- Elaborati grafici, in triplice copia, redatti da un tecnico abilitato, comprendenti: stralcio del P.R.G. con ubicazione dell'edificio; planimetria generale del lotto (in scala non inferiore a 1/500) con indicate le reti di adduzione dell'acqua potabile e dello scarico delle acque reflue, con relativi pozzetti di ispezione; planimetria (in scala non inferiore a 1/100) rappresentante i locali interessati con quotature plano-altimetriche, le superfici illuminanti, le indicazioni d'uso dei singoli vani; planimetria (in scala non inferiore a 1/100) con rappresentazione dell'arredamento e delle attrezzature;
- Relazione tecnica, in triplice copia, descrittiva dei locali e della attrezzature, redatta da un tecnico abilitato;
- Copia documentazione relativa al possesso dei requisiti richiesti per la vendita dei prodotti di che trattasi;
- Copia degli eventuali marchi depositati;
- Attestato di versamento di Euro .....sul ccp. n°..... intestato a: Azienda Sanitaria Locale n° 1 Agrigento - Servizio .....**
- Copia dell'attestazione relativa alla coibentazione, per i mezzi di trasporto, autorizzati per la prima volta (A.T.P.).

**TUTELA DATI PERSONALI** Il sottoscritto dichiara di essere informato che, ai sensi del D.Lgs. 196/03, i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della norma citata. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività di questa amministrazione. In relazione ai predetti trattamenti, si potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03.

Ravanusa, li \_\_\_\_\_

Firma del titolare o legale rappresentante

\_\_\_\_\_