

	<b>M AZ 001</b> <b>RICHIESTA DI REGISTRAZIONE AGGIORNAMENTO</b> <b>CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ IN</b> <b>BANCA DATI ANAGRAFE NAZIONALE</b>	Data di emissione: 18 settembre 2023 rev. n. 05 Approvato ed emesso in originale
---	---	--

**S.C. SANITA' ANIMALE**

AL SERVIZIO VETERINARIO ASL \_\_\_\_\_

Il sottoscritto: C.F.                 :

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita (età superiore ai 18 anni) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di OPERATORE/RAPPRESENTANTE LEGALE della **ATTIVITA'/ SOCIETÀ** denominata:

\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Ident. Fisc. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

sito web \_\_\_\_\_ (se presente) Partita IVA \_\_\_\_\_

**individuale**       **di più persone (collettiva)**

PEC (Posta Elettronica Certificata - obbligatorio per detentori P.IVA) \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per attestazioni e dichiarazioni false (artt. 46/47/48/76 DPR 445 del 28/12/2000),

**CHIEDE**

**REGISTRAZIONE** in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_     **AGGIORNAMENTO** in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_     **CHIUSURA** in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**SOSPENSIONE** in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_     **RIATTIVAZIONE DALLA SOSPENSIONE** in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**PER L'ATTIVITÀ DELLO STABILIMENTO SITO IN:**

Cap:       Comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Coord. Geog. LAT. \_\_\_\_\_ LON. \_\_\_\_\_ Codice Aziendale già assegnato:

**PROPRIETÀ DELLE STRUTTURE**

proprie  
 di proprietà di \_\_\_\_\_ \* tel. \_\_\_\_\_

**Dati catastali:**

Sezione \_\_\_\_\_ Foglio \_\_\_\_\_

Particella \_\_\_\_\_ Subalterno \_\_\_\_\_

**\*Allegare dichiarazione del proprietario delle strutture**

	<b>M AZ 001</b> <b>RICHIESTA DI REGISTRAZIONE AGGIORNAMENTO</b> <b>CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ IN</b> <b>BANCA DATI ANAGRAFE NAZIONALE</b>	Data di emissione: 18 settembre 2023 rev. n. 05 Approvato ed emesso in originale
---	---	--

**S.C. SANITA' ANIMALE**

**PROPRIETARIO degli animali (non compilare per equidi e animali da compagnia)**

*Se privato*

C.F.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*Se società*

**Denominazione società** \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Ident. Fisc. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

sito web \_\_\_\_\_ (se presente) Partita IVA \_\_\_\_\_ PEC (Posta Elettronica

Certificata - obbligatoria per detentori P.IVA) \_\_\_\_\_ il cui

RAPPRESENTANTE LEGALE è:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**SPECIE ALLEVATA/RACCOLTA**

- |                                  |   |   |   |                                      |                                   |
|----------------------------------|---|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bovini  | <input type="checkbox"/> Bufalini                           | <input type="checkbox"/> Ovini                | <input type="checkbox"/> Caprini              | <input type="checkbox"/> Suini       | <input type="checkbox"/> Cavalli  |
| <input type="checkbox"/> Asini   | <input type="checkbox"/> Muli/Bardotti                      | <input type="checkbox"/> Acquacoltura         | <input type="checkbox"/> Lagomorfi            | <input type="checkbox"/> Api e Bombi | <input type="checkbox"/> Camelidi |
| <input type="checkbox"/> Cervidi | <input type="checkbox"/> Pollame e Volatili in cattività    | <input type="checkbox"/> Elicicoltura         | <input type="checkbox"/> Bachicoltura da seta |                                      |                                   |
| <input type="checkbox"/> Insetti | <input type="checkbox"/> Altri invertebrati terrestri _____ | <input type="checkbox"/> Animali da compagnia |   |                                      |                                   |

**Vedi allegati specie n. 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11** (crocettare il modulo da allegare)

Il sottoscritto dichiara esatte le informazioni rese a tergo e di essere informato che la presente notifica è valida esclusivamente per la Registrazione dell'attività di allevamento di animali zootecnici all'interno di stabilimenti di produzione primaria ai sensi del Regolamento (CE) 852/2004 e del D.Lvo 158/2006 e non sostituisce altri eventuali atti ai fini dell'avvio di attività (ad es. atti in materia di edilizia, urbanistica, tutela del paesaggio e ambientale). S'impegna, inoltre, di ottemperare agli obblighi che gli derivano dalle responsabilità previste per l'attività dal Regolamento 429/2016, in particolare dall'art. 10 relative alla sanità animale e alla biosicurezza, dagli art. 24-25 relativi alla sorveglianza per le malattie elencate ed emergenti e dal D. Lvo 134/2022, in particolare dall'art. 9, relativo all'identificazione e registrazione degli animali e degli eventi. Si impegna, quindi, a segnalare eventuali mortalità anomale, cambiamenti significativi dei parametri produttivi, comparsa di sintomi di malattie gravi. Se operatore di raccolta senza uno stabilimento, s'impegna a rispettare, altresì, l'art. 36 del Reg Del. 2035/2019.

Dichiara di essere informato che per la registrazione è dovuto un diritto sanitario ai sensi del DL 32 del 02/02/2021:

- diritto di registrazione forfettario (20 euro Cod. tariffa 32S8, Sub. Cod. 4);

- nel caso si rendesse necessario un sopralluogo, diritto a tariffa oraria (80 euro/ora Cod. tariffa 3210, Sub. Cod. 5)

**Il richiedente dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 e 14 del Reg 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la domanda.**

Letto, confermato e sottoscritto.

Il/la dichiarante  
(firma per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<p style="text-align: center;"><b>M AZ 001</b> <b>RICHIESTA DI REGISTRAZIONE AGGIORNAMENTO</b> <b>CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ IN</b> <b>BANCA DATI ANAGRAFE NAZIONALE</b></p>	<p>Data di emissione: 18 settembre 2023 rev. n. 05 Approvato ed emesso in originale</p>
---	---	---

**S.C. SANITA' ANIMALE**

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

- Documento d'identità e Codice fiscale (**obbligatori**)     Visura Camerale (se si tratta di società)
- Contratto di soccida (se presente)     Planimetria (**obbligatoria**)
- 

**SPAZIO RISERVATO AUTORITÀ SANITARIA COMPETENTE**

La procedura viene chiusa in data \_\_\_\_\_

**NUMERO CODICE AZIENDALE ATTRIBUITO**

I	T								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Il Responsabile della procedura

---

 <p><b>A.S.L. TO3</b> Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo</p>	<p><b>M AZ 001</b> <b>RICHIESTA DI REGISTRAZIONE AGGIORNAMENTO</b> <b>CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ IN</b> <b>BANCA DATI ANAGRAFE NAZIONALE</b></p>	<p>Data di emissione: 18 settembre 2023 rev. n. 05 Approvato ed emesso in originale</p>
--	---	---

**S.C. SANITA' ANIMALE**

Prot. nr. \_\_\_\_\_

**PER ANIMALI DETENUTI ESCLUSIVAMENTE PER FINALITÀ DIVERSE DA QUELLE  
ZOOTECNICHE E DALLA PRODUZIONE DI ALIMENTI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

proprietario/detentore dello stabilimento Cod. Az. IT \_\_\_\_\_, sito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

**di detenere animali esclusivamente per finalità diverse da quelle zootecniche e dalla produzione di alimenti.**

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante \_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)

La firma resa in calce non deve essere autenticata.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via e-mail, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

	<p><b>M AZ 001</b>  <b>RICHIESTA DI REGISTRAZIONE AGGIORNAMENTO</b>  <b>CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ IN</b>  <b>BANCA DATI ANAGRAFE NAZIONALE</b></p>	<p>Data di emissione:                  18 settembre 2023                  rev. n. 05                  Approvato ed emesso in                  originale</p>
---	--	---

**S.C. SANITA' ANIMALE**

**AUTODICHIARAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ**  
**MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 proprietario/detentore dello stabilimento Cod. Az. IT \_\_\_\_\_, sito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
 via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

**di aver distrutto e smaltito, ai sensi della normativa vigente per i rifiuti, i mezzi di identificazione non utilizzati e ancora detenuti in stabilimento alla data di cessazione dell'attività.**

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante \_\_\_\_\_  
 (firma per esteso e leggibile)

La firma resa in calce non deve essere autenticata.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via e-mail, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

 <p><b>A.S.L. TO3</b> Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo</p>	<p><b>M AZ 001</b> <b>RICHIESTA DI REGISTRAZIONE AGGIORNAMENTO</b> <b>CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ IN</b> <b>BANCA DATI ANAGRAFE NAZIONALE</b></p>	<p>Data di emissione: 18 settembre 2023 rev. n. 05 Approvato ed emesso in originale</p>
--	---	---

**S.C. SANITA' ANIMALE**

Note per la corretta compilazione.

Nei casi in cui l'operatore non coincida col proprietario degli animali, ossia con la persona fisica o giuridica che ha la proprietà degli animali, nella richiesta di registrazione devono essere indicati gli estremi di tale proprietario. Questa modalità di registrazione riguarda anche i contratti di soccida, dove il soccidante corrisponde al proprietario degli animali e il soccidario all'operatore.

L'obbligo di indicare il proprietario non si applica alle attività in cui sono ospitati equini e animali da compagnia.

Nei casi in cui l'operatore o il proprietario degli animali siano società, nelle richieste deve essere indicato il legale rappresentante. Qualora la società sia intestata ad un'unica persona, questa va registrata in BDN con il codice fiscale; se, invece, la società è cointestata a più di una persona, occorre registrarne la partita IVA.

La DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ va compilata **esclusivamente** nei casi in cui gli animali sono detenuti esclusivamente per finalità diverse da quelle zootecniche e dalla produzione di alimenti.

L'AUTODICHIARAZIONE in **caso di cessazione dell'attività** va compilata **esclusivamente** nei casi di chiusura dell'attività.

Qualora si scelga come ente delegato l'ASL di appartenenza, l'operatore dovrà compilare e firmare il contratto di delega (modello MAZ 003) recandosi presso gli sportelli distrettuali.