|  |  |
| --- | --- |
| Spett.le | **SC IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE DELL’ATS BRIANZA****protocollo@pec.ats-brianza.it****igiene.alimenti.nutrizione@ats-brianza.it** |

**Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL’APPLICAZIONE DELLE TARIFFE**

**ANNO 2022 PREVISTE AI SENSI DEL D.LGS n. 32/2021**

**(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 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|i**ndirizzo 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.** |

 IN FEDE

(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.**