

- Raccomandata A.R.
- Consegnata al protocollo

Al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione
dell' ASREM Ambito Territoriale _____
e.p.c. Al Sindaco del Comune di _____

COMUNICAZIONE DI CESSIONE/CHIUSURA ATTIVITA'
(ai sensi dell'art. 6 comma 2 del Reg. CE n. 852/2004)

Il sottoscritto firmatario della presente

Cognome _____

Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____ Cittadinanza (*) _____

Luogo di nascita: Comune _____ Prov. _____ Stato _____

COMUNICA la

<input type="checkbox"/> CESSIONE AD ALTRA IMPRESA
<input type="checkbox"/> CHIUSURA. Dell'attività registrata con il nr. _____ Munita di autorizzazione sanitaria nr. _____ del ____/____/____
<input type="checkbox"/> ROTTAMAZIONE/VENDITA <input type="checkbox"/> automezzo <input type="checkbox"/> cisterna <input type="checkbox"/> contenitore targata/identificata con il nr. _____

A partire dalla data del ____/____/____

Alla presente allega:

- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.;
- Originale dell'autorizzazione/atto di registrazione.

Il sottoscritto dichiara

- Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o usi di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 Dicembre 2000, nr.445 e successive modifiche ed integrazioni.
- Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente comunicazione da parte di codesta Amministrazione e del personale del Servizio Sanitario preposto alla conservazione delle notifiche ed all'utilizzo delle stesse per il procedimento di registrazione e per tale motivo **RILASCIA** il consenso al loro utilizzo nei limiti sopra riportati.

DATA _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(Timbro e firma per esteso)