



RICHIESTA DI CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ

CODICE
065/Mod/20/Rev.001

ASL NOVARA S.C. IGIENE E ASSISTENZA VETERINARIA AREA DI SANITÀ ANIMALE

Sede legale: Viale Roma, 7-28100 NOVARA Tel. 0321 374111 0321 374383
protocollogenerale@pec.asl.novara.it protocollo.nov@asl.novara.it

AL SERVIZIO VETERINARIO area A ASL NO

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

nato il _____ a _____ C.F. _____

Residente in _____ (_____) Via _____ N° _____

tel. _____ PEC _____ e-mail _____

in qualità di **OPERATORE/TITOLARE** della **ATTIVITÀ** denominata _____

con sede legale in _____ (_____) Via _____ N° _____

tel. _____ e-mail _____

Se trattasi di **SOCIETÀ**

☐ **INDIVIDUALE** Codice Fiscale _____

☐ **DI PIÙ PERSONE** Partita IVA _____

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

il cui **RAPPRESENTANTE LEGALE** è:

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ (_____) Via _____ N° _____

tel. _____ PEC _____ e-mail _____

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

CHIEDE

☐ **CHIUSURA** in data ____/____/____ PER LE SPECIE: _____

☐ **CHIUSURA TOTALE** in data ____/____/____

☐ **SOSPENSIONE** dalla data ____/____/____ PER LE SPECIE: _____

☐ **SOSPENSIONE TOTALE** dalla data ____/____/____

PER L'ATTIVITÀ DELLO STABILIMENTO SITO IN:

Cap: □□□□□ **Comune di** _____ (_____),

Via _____ **N°** _____

Codice Aziendale già assegnato: _____

Data _____

Firma operatore _____



RICHIESTA DI CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ

CODICE
065/Mod/20/Rev.001

PROPRIETARIO (se diverso da **OPERATORE**) **C.F.** _____
Cognome _____ Nome _____
Residente in _____ (_____) Via _____ N° _____
tel. _____ PEC _____ e-mail _____

SPECIE ALLEVATA/ RACCOLTA

☐ Bovini ☐ Bufalini ☐ Ovini ☐ Caprini ☐ Suini ☐ Cavalli
☐ Asini ☐ Muli/Bardotti ☐ Acquacoltura _____ ☐ Lagomorfi (lepri -conigli)
☐ Api e Bombi ☐ camelidi e altri ungulati ☐ Pollame _____
☐ Elicicoltura (chioccioline) ☐ Insetti, lombrichi e altri invertebrati terrestri _____ ☐ circo ☐ Animali
da compagnia ☐ fiere mostre mercati e pascoli

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 .

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, ____ / ____ / ____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- ☐ Documento d'identità e Codice fiscale (**obbligatori**)
☐ In caso di cessazione dell'attività allegare l'autodichiarazione di avvenuta distruzione delle marche residue (ove previsto).
☐ pratica SUAP n° _____ (ove previsto)

SPAZIO RISERVATO AUTORITÀ SANITARIA COMPETENTE

Il personale SIAV che riceve la richiesta /comunicazione: _data _____ Firma _____

NUMERO CODICE AZIENDALE

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

Firma del responsabile della procedura _____

Firma del responsabile anagrafe _____

Visto Il Direttore SIAVA ASL NO
Dott. Borella Alberto

Data registrazione _____ Firma _____



RICHIESTA DI CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ

CODICE
065/Mod/20/Rev.001

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/lasottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ (____), il _____ residente a _____ (____),

via _____ n° _____

proprietario/detentore dello stabilimento sito in via _____ n° _____

Comune _____ (____) Cod. Az. _____

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 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.



RICHIESTA DI CHIUSURA SOSPENSIONE ATTIVITÀ

CODICE
065/Mod/20/Rev.001

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.

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