

ALLEGATO D quater**Istanza di voltura per cambio di ragione sociale del riconoscimento rilasciato ai sensi del Reg. (CE) n° 1069/2009.**

Alla REGIONE

BOLLO

Per il tramite del Servizio Veterinario Area "C" ASL _____

Via _____

Il sottoscritto _____ in qualità di _____ della Ditta
 _____ C.F./P.IVA _____ con sede legale
 nel Comune di _____, (PROV _____), CAP _____ Via _____
 _____ n. _____, N. tel _____

e-mail _____, e per il proprio impianto sito nel Comune di _____
 _____ (PROV. _____), CAP _____ Via _____, n. _____,

già riconosciuto, ai sensi del Regolamento (CE) n. 1069/2009, con *approval number* _____ per le seguenti
 attività (indicare le **attività** e la **categoria di SOA** per le quali lo stabilimento è riconosciuto) _____

CHIEDE La VOLTURA DEL RICONOSCIMENTO

da: _____

a: _____

CF/P.IVA _____

DICHIARA

- di non aver apportato modifiche strutturali e/o impiantistiche e/o di lavorazione (secondo relazione tecnica a suo tempo presentata);
- di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di atti falsi, richiamate all'art.76 del DPR. 445/2000;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 del D.lgs 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda.

A tal fine allega:

- ☐ Parere favorevole circa il mantenimento dei requisiti richiesti dal Reg. Ce n° 1069/2009 e dal Reg. UE n° 142/2011 rilasciato dal Servizio Veterinario Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area "C") della ASL competente;
- ☐ Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura territorialmente competente o dichiarazione sostitutiva della stessa certificazione;
- ☐ Copia autenticata atto notarile attestante il cambio di ragione sociale
- ☐ Fotocopia di un documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità;
- ☐ Copia del provvedimento di riconoscimento;
- ☐ 1 marca da bollo del valore prescritto
- ☐ Ricevuta del versamento previsto dalla D.G.R.

SI IMPEGNA**a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa ai dati allegati alla presente domanda.**

Data

Firma