

All'ASL .....

Indirizzo .....

PEC / Posta elettronica .....

Spazio per apporre il timbro di protocollo	Data ..... Prot. ....
--	-----------------------

**Comunicazione relativa ai negozi mobili utilizzati sulle aree pubbliche per la vendita di alimenti deperibili e/o per le attività di produzione e somministrazione**

(la presente comunicazione deve essere trasmessa direttamente all'ASL per ogni singolo negozio mobile)

**comunicazione per acquisizione negozio mobile**  
(compilare tutti i punti ad esclusione del punto 7)

**comunicazione per cessazione negozio mobile**  
(compilare solo i punti 1, 2, 3 e 7)

**1. Impresa alimentare che utilizza il negozio mobile**

Ragione sociale .....			
Codice Fiscale: <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Partita I.V.A. (se diversa da C.F.): <input style="width: 100%;" type="text"/>			
<input type="checkbox"/> sede legale dell'impresa nel Comune di .....			
Via/Piazza .....	N° .....	C.A.P. ....	Prov. ....
<input type="checkbox"/> laboratorio dell'impresa nel Comune di .....			
Via/Piazza .....	N° .....	C.A.P. ....	Prov. ....
<input type="checkbox"/> deposito dell'impresa nel Comune di .....			
Via/Piazza .....	N° .....	C.A.P. ....	Prov. ....

**2. Intestatario del negozio mobile riportato sul documento di circolazione (se diverso dal punto 1)**

Cognome: .....		Nome: .....	
Codice Fiscale <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Residenza: Comune .....		Provincia .....	
Via/Piazza .....	N° .....	C.A.P. ....	Prov. ....

**3. Identificativo del negozio mobile**

<input type="checkbox"/> Marca .....	<input type="checkbox"/> Tipo .....	<input type="checkbox"/> Targa .....
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

**4. Luogo di ricovero abituale del negozio mobile**

Via/Corso/Piazza .....	N° .....
Comune .....	Provincia .....

**5. Aree mercatali presso cui opera attualmente** (successive variazioni dovranno essere comunicate all'ASL competente)

Comune	Indirizzo	Giorno di mercato

**6. Dichiarazione di conformità igienico sanitaria**

Si dichiara che le caratteristiche del negozio mobile e le modalità di trasporto sono conformi a quanto previsto dal Regolamento CE/852/2004 (in particolare Allegato II, Cap. III), dall'O.M. 3/4/2002 e dalla D.G.R. 25-12456 del 10/05/2004.

**7. Cessazione del negozio mobile**

Si dichiara che il negozio mobile è stato cessato e non viene più utilizzato dalla presente impresa dal .....

DATA .....

TIMBRO e FIRMA (del Responsabile della Ditta indicata al punto 1)

.....

**COPIA DI QUESTA COMUNICAZIONE DEVE ESSERE CONSERVATA SUL NEGOZIO MOBILE DURANTE L'ATTIVITA'**