Al Dipartimento di prevenzione
dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
via Chiusaforte n. 2
33100 UDINE

mod. SIAN **B**

DICHIARAZIONE DELL'ENTITÀ PRODUTTIVA DI STABILIMENTO
AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE INDICATE NELLA SEZIONE 6 DELL'ALLEGATO A
AL DECRETO LEGISLATIVO 19 novembre 2008, n. 194

Il/la sottoscritto/a,_____ nato a _____ il _____,
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
codice fiscale: |___|___|___||___|___|___||___|___||___||___|___||___|___|___|___||___|
titolare/legale rappresentante dell'impresa del settore alimentare denominata (indicare la ragione sociale)
_____
partita IVA: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
con stabilimento sito a _____via/piazza _____ n. _____
registrato con il seguente codice: **I T 0 6** |___|___|___|___|___|___|___|___| (da riportare sulle causali di versamento nel bollettino postale)
di tipologia (con riferimento alla propria attività tra quelle indicate nella Sezione 6 dell'Allegato A):
_____

DICHIARA
(*barrare le caselle* ❑ *che interessano*)

❑ di non essere soggetto al pagamento delle tariffe previste dal D. Lgs. 194/2008 in quanto lo stabilimento non ha svolto o svolgerà nel corso dell'anno 2019 attività prevalentemente all'ingrosso;

ovvero che

❑ lo stabilimento svolge/ha svolto attività prevalentemente all'ingrosso con una produzione/commercializzazione complessiva annua per un volume complessivo presumibile (inteso come vendita all'ingrosso più vendita al dettaglio) pari a:
per il **2019** _____ (ton o hl)

dichiara pertanto:

- che lo stabilimento rientra nella fascia produttiva annua di cui all'Allegato A, Sezione 6 del D. Lgs.194/2008, di seguito barrata, cui corrisponde l'importo totale annuo da versare, maggiorato del 20 e 0,5% ai sensi dell'art. 11 commi 1 e 4, così come sotto indicato:

2019	❑ Fascia produttiva A	❑ Fascia produttiva B	❑ Fascia produttiva C
tariffa base annua €	400,00	800,00	1.500,00
maggiorazione 20%	80,00	160,00	300,00
maggiorazione 0,5%	2,00	4,00	7,50
Importo totale annuo da versare €	**482,00**	**964,00**	**1.807,50**

- allega la/le ricevute di versamento, mediante bollettino di conto corrente postale/bonifico a favore di codesta Azienda per i Servizi Sanitari.
- dichiara inoltre di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali per gli adempimenti correlati e conseguenti alla procedura in oggetto e rilascia il consenso al loro utilizzo, nei limiti su riportati, sia in forma cartacea che con mezzi informatici;
- e che, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, quanto riportato nel presente documento corrisponde a verità e di essere consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del medesimo DPR in caso di false dichiarazioni e di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.

_____, li _____

Il titolare/legale rappresentante dello stabilimento

Si allega:
❑ copia di un valido documento di identità;
❑ ricevuta di versamento in c.c.p./bonifico bancario

_____