

**AUTODICHIARAZIONE PER TARIFFE FORFETTARIE PER CONTROLLI UFFICIALI
NEGLI STABILIMENTI DI CUI ALL'ALLEGATO 2, SEZIONE 6**

Azienda sanitaria locale _____

Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE

ANNO _____ PREVISTE AI SENSI DEL D.LGS /20.....

(artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.)

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Il/la sottoscritto/a _____</p> <p>nato/a a _____ prov. __ il __ / __ / __ </p> <p>in qualità di Operatore/Titolare/Legale rappresentante dell'impresa (indicare Ragione Sociale): _____</p> <p>codice fiscale _____ partita I.V.A. _____ </p> <p>Con sede legale sita in: Via/Piazza _____</p> <p>Comune di _____ Prov. __ Cap. _____ </p> <p>Telefono / Cell. _____ Fax _____ </p> <p>indirizzo PEC _____@_____</p> <p>e sede operativa sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale):</p> <p>Comune di _____ Prov. __ Cap. _____ </p> <p>Via/Piazza _____</p> <p>Telefono / Cell. _____ Fax _____ </p> <p>Tipologia di/delle attività produttiva/e dello stabilimento (Allegato 2, Sezione 6, tabella A) _____</p> <p>consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DICHIARA, sotto la propria responsabilità:

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> di essere soggetto, per l'anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua in quanto, nell'anno solare precedente, ha commercializzato all'ingrosso, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all'allegato 2, sezione 6, tabella A, ai sensi dell'articolo 6, comma 6;</p> |
| <p><input type="checkbox"/> di NON essere soggetto, per l'anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua in quanto, nell'anno solare precedente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> NON ha commercializzato all'ingrosso, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all'allegato 2, sezione 6, tabella A, ai sensi dell'articolo 6, comma 6;<input type="checkbox"/> ha svolto attività di broker o di intermediario di commercio con sede diversa da uno stabilimento fisico;<input type="checkbox"/> ha iniziato l'attività in data successiva al 1 luglio;<input type="checkbox"/> ha operato nell'ambito della produzione primaria e attività associate (Articolo 2, comma 1, lettere b, c, d)<input type="checkbox"/> l'attività è (specificare la motivazione e la data dell'evento, ad esempio "cessata", "trasferita in territorio di competenza di altra Azienda sanitaria locale"): _____ |
| <p>In caso di omessa trasmissione della presente autodichiarazione entro il 31 gennaio, ai sensi dell'articolo 13 comma 3, l'Azienda sanitaria locale applica la tariffa prevista ai sensi dell'articolo 17 comma 2.</p> |

IN FEDE

(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

Data, _____

Privacy: autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto.

IN FEDE

(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

Si allega copia fotostatica di valido documento di identità (art. 35 del DPR 445/2000 e s.m.i.)

Esente da bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.