

COMUNICAZIONE SEMESTRALE ALLA A.S.L.
di nuove installazioni e cessazioni di apparecchi automatici
per la vendita di prodotti alimentari
(Articolo 5, L.R. n° 9/2009)

Alla A.S.L. di _____

Anno _____ Semestre 1 ☐ 2 ☐

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ **Nome** _____
 Codice Fiscale _____
 Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M ☐ F ☐
 Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. _____
 Residenza: Comune _____ Prov. _____
 Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
 E-mail: _____
 Telefono: _____ FAX: _____

in qualità di:

- | | |
|---|---|
| ☐ Titolare | ☐ Curatore fallimentare |
| ☐ Legale rappresentante | ☐ Erede o avente causa |
| ☐ Altro _____ | |

dell'impresa/Azienda

Denominazione o ragione sociale: _____
☐ Ditta individuale ☐ SNC ☐ SAPA ☐ SAS ☐ SRL ☐ SURL ☐ SPA
☐ Società Cooperativa ☐ SS ☐ altro _____
 Codice Fiscale _____
 Partita IVA (se diversa da C.F.) _____
 con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____
 Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____
 Telefono: _____ FAX: _____
☐ Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____
☐ Iscritto al R.E.A. al n° _____ ☐ In attesa di iscrizione al R.E.A.
☐ Posizione INAIL _____
☐ CODICE INAIL Impresa _____

Estremi titoli posseduti per attività di vendita di alimentari mediante apparecchi automatici

- ☐ DIAP (L.R. 1/2007) n° prot _____ del ____ / ____ / ____ Ente _____
- ☐ DIA (L. 241/1990) n° prot _____ del ____ / ____ / ____ Ente _____
- ☐ Comunicazione (ex Art. 17 del D.Lgs. 114/1998) n° prot _____ del ____ / ____ / ____ Ente _____
- ☐ Altro (indicare) _____

COMUNICA**NUOVE INSTALLAZIONI**

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

CESSAZIONE APPARECCHI

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

COMUNE di Prov.

Via, Piazza, ecc. N°

PRESSO:

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

COMUNE di Prov.

Via, Piazza, ecc. N°

PRESSO:

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

COMUNE di Prov.

Via, Piazza, ecc. N°

PRESSO:

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

COMUNE di Prov.

Via, Piazza, ecc. N°

PRESSO:

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

COMUNE di Prov.

Via, Piazza, ecc. N°

PRESSO:

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA ☐ Pubblica ☐ Privata

COMUNE di Prov.

Via, Piazza, ecc. N°

PRESSO:

Data / /

Firma