

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

Al Comune di...AVIGLIANA.....

Oggetto: **Comunicazione relativa agli automezzi utilizzati per il trasporto alimenti**
(da presentare in triplice copia, per ogni singolo automezzo)

- comunicazione per acquisizione automezzo** (compilare tutti i punti ad esclusione del punto 8) **comunicazione per cessazione automezzo** (compilare solo i punti 1, 2, 3, 4 e 8)

1. Impresa alimentare che utilizza l'automezzo o impresa che noleggia a terzi l'automezzo

Denominazione o ragione sociale
Codice Fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Partita I.V.A. (se diversa da C.F.): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
con sede operativa nel Comune di Provincia
Via/Piazza N°..... C.A.P.

2. Intestatario dell'automezzo riportato sul documento di circolazione (se diverso dal punto 1)

Cognome:.....	Nome:.....
Codice Fiscale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Residenza: Provincia	Comune
Via/Piazza	N°..... C.A.P.

3. Identificativo dell'automezzo

<input type="checkbox"/> Marca	<input type="checkbox"/> Tipo	<input type="checkbox"/> Targa
<input type="checkbox"/> in possesso di ATP in corso di validità (obbligatorio per mezzi coibentati o frigoriferi, destinati al trasporto di alimenti deperibili a temperatura controllata) – (da non barrare in caso di cessazione dell'automezzo)		

4. Luogo di ricovero abituale dell'automezzo (se diverso dalla sede operativa dell'impresa)

Via/corso/piazza	n. civico.
Comune	Provincia

5. Caratteristiche dell'automezzo

<input type="checkbox"/> cisterna adibita al trasporto delle sostanze alimentari sfuse a mezzo di veicoli
<input type="checkbox"/> veicolo adibito al trasporto degli alimenti surgelati
<input type="checkbox"/> veicolo adibito al trasporto delle carni fresche e congelate e dei prodotti della pesca freschi e congelati
<input type="checkbox"/> altro _____

6. Caratteristiche del trasporto

<input type="checkbox"/> a temperatura controllata (mantenimento della refrigerazione/congelazione/surgelamento)
<input type="checkbox"/> isotermico
<input type="checkbox"/> a temperatura ambiente
<input type="checkbox"/> altro _____

7. Dichiarazione di conformità igienico sanitaria

<input type="checkbox"/> Si dichiara che le caratteristiche dell'automezzo e le modalità di trasporto sono conformi a quanto previsto dal Regolamento CE/852/2004 ed in particolare dall'Allegato II Capitolo IV.

8. Cessazione dell'automezzo

<input type="checkbox"/> Si dichiara che l'automezzo è stato cessato e non viene più utilizzato dalla presente impresa dal _____
--

DATA FIRMA

UNA COPIA DEVE ESSERE CONSERVATA SULL'AUTOMEZZO DURANTE IL TRASPORTO