



**di NON essere soggetto**, per l'anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua in quanto, nell'anno solare precedente:

**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 del Decreto;**

**ha svolto attività di broker o di intermediario di commercio con sede diversa da uno stabilimento fisico;**

**ha iniziato l'attività in data successiva al 1° luglio;**

**ha operato nell'ambito della produzione primaria e attività associate (Articolo 2, comma 1, lettere b, c, d del Decreto)**

**l'attività è (specificare la motivazione e la data dell'evento, ad esempio "cessata", "trasferita in territorio di competenza di altra Azienda sanitaria locale"):** \_\_\_\_\_

**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.**

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.**

**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DEL COEFFICIENTE DI RISCHIO SPECIFICO  
DEGLI STABILIMENTI DI CUI ALLA SEZIONE 6 ALLEGATO 2 D.LGS. 32/2021**

(Da trasmettere compilato, contestualmente all'Autodichiarazione per tariffe forfettarie per controlli ufficiali negli stabilimenti di cui all'allegato 2, sezione 6, all'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente)

DATI STABILIMENTO OGGETTO DI VALUTAZIONE	
RAGIONE SOCIALE	
OPERATORE / TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE	
INDIRIZZO STABILIMENTO	
TIPOLOGIA ATTIVITA'	
AZIENDA SANITARIA LOCALE	

1. DIMENSIONE		Spazio a cura dell'OSA	Spazio a cura del Dipartimento di Prevenzione)
PERSONALE DIPENDENTE	N.		
SUPERFICIE STRUTTURA	Mq:		

2. NATURA DELL'ALIMENTO		Spazio a cura dell'OSA	Spazio a cura del Dipartimento di Prevenzione)
DESTINAZIONE D'USO (barrare la casella di interesse)	PRODOTTI DESTINATI A CONSUMATORI SENSIBILI (BAMBINI, ANZIANI, MALATI, ECC.) Esempio: Pasti pronti per scolaresche, ospizi, ospedali.		
	ALIMENTI PRONTI AL CONSUMO NON DESTINATI AD ESSERE CONSUMATI PREVIA COTTURA		
	ALIMENTI DA CONSUMARE COTTI		
	SEMILAVORATI PER TRASFORMAZIONE		
	ALTRO: _____		
CATEGORIA (barrare la casella di interesse)	ALIMENTI DERIVANTI DA LAVORAZIONI COMPLESSE CHE PER LA LORO COMPOSIZIONE RICHIEDONO UNA CONSERVAZIONE A TEMPERATURA CONTROLLATA(CALDO/FREDDO).		
	ALIMENTI PASTORIZZATI E/O ALIMENTI NON POTENZIALMENTE FAVOREVOLI ALLO SVILUPPO DI TOSSINE		
	ALIMENTI MANTENUTI IN CONTENITORE ERMETICAMENTE CHIUSO, CHE SONO STATI PROCESSATI PER MANTENERE LA STERILITÀ CON LA DISTRIBUZIONE E STOCCAGGIO IN SISTEMA NON REFRIGERATO		
	ALTRO: _____		