REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
As FO
Azienda sanitaria Friuli Occidentale
via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Modulo 6 (art. 13, comma 3)

Al Dipartimento di Prevenzione
dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale
asfo.protgen@certsanita.fvg.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE PREVISTE AI SENSI DEL D.LGS. 32/2021 (artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.) - STABILIMENTI ALLEGATO 2 SEZ. 6 ANNO 2022

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov.|_|_| il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

in qualità di Operatore/Titolare/Legale rappresentante dell'impresa: _____

(indicare Ragione Sociale), codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| P.IVA|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

con sede legale in: Via _____Comune di _____

Prov. |_|_| Cap.|_|_|_|_|_| Pec _____

Tel./Cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|identificativo **IT06**|_|_|_|_|_|_|_|_| ovvero **CE IT** _____

e sede operativa identificata sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale): Via _____

Comune di _____Prov. |_|_| Cap.|_|_|_|_|_| Tel./Cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_|_|_|_|_|_| Tipologia di attività produttiva/e dello stabilimento (Allegato 2, Sezione 6, Tabella A): _____

_____ 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,

DICHIARA, sotto la propria responsabilità (barrare la casella ☐)**:**

☐ **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 che vende o somministra al consumatore finale, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all'Allegato 2, sez. 6, Tabella A, ai sensi dell'art. 6, comma 6;

☐ **di non essere soggetto**, per l'anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua **in quanto, nell'anno solare precedente** (barrare la casella ☐)

- ☐ **non ha commercializzato all'ingrosso**, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso che vende o somministra al consumatore finale, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all'Allegato 2, sez. 6, Tabella A, ai sensi dell'art. 6, comma 6;
- ☐ **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 2021;**
- ☐ **ha operato nell'ambito della produzione primaria e attività associate** (art. 2, comma 1, lettere b, c, d)
- ☐ l'attività è (specificare la motivazione e la data dell'evento, ad esempio "cessata", "trasferita in territorio di competenza di altra Azienda sanitaria"): _____

Il sottoscritto è consapevole che in caso di omessa trasmissione della presente autodichiarazione entro il 31 gennaio, ai sensi dell'art. 13 comma 3, l'Azienda sanitaria applicherà la tariffa prevista ai sensi dell'art. 17 comma 2.

IN FEDE _____
(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

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 DPR 445/2000 e s.m.i.