Modulo 6 - (D. lgs. n°32/2021, articolo 13, comma 3 )

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. 32/2021.**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a …………………………………………… a prov. |\_|\_| il |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

in qualità di Operatore/Titolare/Legale rappresentante dell’impresa (indicare Ragione Sociale):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| partita I.V.A. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Con sede legale sita in: Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. |\_|\_| Cap.|\_|\_|\_|\_|\_|

Telefono / Cell. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Fax |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

indirizzo PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. |\_|\_| Cap.|\_|\_|\_|\_|\_|

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono / Cell. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Fax |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Tipologia di/delle attività produttiva/e dello stabilimento (All. 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:**

|  |
| --- |
| **|\_| 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;** |
| **|\_| 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;** * **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)** * **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 PR 445/2000 e s.m.i.) Esente da bollo ai sensi dell’art. 37 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.**