

ALLA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di \_\_\_\_\_  
 Dipartimento Prevenzione

Per il tramite del SUAP del  
 COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Segnalazione Certificata Inizio Attività ( S.C.I.A. )**  
 ai fini della registrazione di

nuovo allevamento

in un codice aziendale esistente

ai sensi del Regolamento CE n. 852/2004

GENERALITÀ DEL RICHIEDENTE

|                                |   |  |                     |
|--------------------------------|---|--|---------------------|
| Cognome:                       |   | Nome:  |                     |
| Codice fiscale:                |   | Nato a: prov.  |                     |
| Il:                            | Cittadinanza:                                       | residente a : prov.  |                     |
| Via/Piazza:                    |   | N° civico  | Recapito telefonico |
| Posta Elettronica Certificata: |   | e-mail :   |                     |
| in qualità di:                 | <input type="checkbox"/> Titolare ditta individuale | <input type="checkbox"/> legale rappresentante della società |                     |
| P. IVA /codice Fiscale         |   | Sita in c.da :   |                     |
| Comune di Prov.                |   |  |                     |
| Tel. :                         | Iscrizione reg. imprese N°                          | C.C.I.A.A. di  |                     |

- Visto il REG CE 853/2004;
- Visto il REG CE n. 852/2004;
- Visto il D.P.R. n. 54/1997;
- Visto il REG CE n. 183/2005;
- Viste le linee-guida applicative del REG CE n. 853/2004 emanate in data 09/02/2006;
- Visto il regolamento di Polizia Veterinaria approvato con D.P.R. n. 320/54;

**CHIEDE**

Che presso l'azienda, con codice aziendale(\*) | IT | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | sita a \_\_\_\_\_  
 c.da \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

vengano attivati gli allevamenti di seguito elencati :

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Specie bovina<br>Capacità struttura n° _____ | <input type="checkbox"/> 2. Specie ovicaprina<br>Capacità struttura n° _____ | <input type="checkbox"/> 3. Specie suina<br>Capacità struttura n° _____            |
| <input type="checkbox"/> 4. Specie equina<br>Capacità struttura n° _____ | <input type="checkbox"/> 5. Specie avicola<br>Capacità struttura n° _____    | <input type="checkbox"/> 6. Specie _____<br>(Altra)<br>Capacità struttura n° _____ |

(\*) da riportare solo in caso di allevamento esistente

|   |
|---|
| <b>DETENTORE</b> : ( cognome e nome o ragione sociale ) _____ |
| Comune di Residenza o sede legale della società _____         |
| Indirizzo via _____ prov. _____                               |
| Codice Fiscale del Detentore ( P.IVA per le Società ) _____   |

**PROPRIETARIO** : ( cognome e nome o ragione sociale ) \_\_\_\_\_

Comune di Residenza o sede legale della società \_\_\_\_\_

Indirizzo via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale del proprietario ( P.IVA per le Società ) \_\_\_\_\_

Si impegna a comunicare ogni variazione dei dati entro il termine previsto.

Il sottoscritto, informato ai sensi dell'art. 13 del D. Lvo n. 196/2003 sui propri diritti del trattamento dei dati personali e preso atto che lo stesso verrà effettuato nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza, esprime il proprio consenso al trattamento, dei dati personali che lo riguardano, da parte della Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del proprietario/detentore

Riservato all'Azienda Sanitaria Provinciale

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|



**Codice dell'azienda**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Scheda registrazione allevamenti**

|              |  |
|--------------|--|
| <b>SUIDI</b> | Denominazione allevamento _____  |
|              | Modalità allevamento : <input type="checkbox"/> semi brado <input type="checkbox"/> stabulato  |
|              | Capacità struttura : suini n. _____ cinghiali n. _____   |
|              | <b>DA RIPRODUZIONE</b><br><input type="checkbox"/> ciclo aperto<br><input type="checkbox"/> ciclo chiuso<br>vendita riproduttori : <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no             |
|              | <b>PRODUZIONE DA INGRASSO</b> : <input type="checkbox"/> ciclo completo <input type="checkbox"/> svezzamento<br><input type="checkbox"/> Magronaggio <input type="checkbox"/> finissaggio              |
|              | <b>FAMILIARE</b> <input type="checkbox"/>  |
|              | <b>CAPI ALLEVATI</b> : suini <input type="checkbox"/> cinghiali <input type="checkbox"/><br>Riproduttori <input type="checkbox"/> magroni <input type="checkbox"/> lattonzoli <input type="checkbox"/> |
|              | Allevamento stagionale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>multisito SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
|              | Iscrizione a libri genealogico : si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>   |

**Scheda registrazione Stalla di Sosta :**

|              |   |
|--------------|---|
| <b>SUIDI</b> | Denominazione allevamento _____   |
|              | Orientamento produttivo: <input type="checkbox"/> da vita <input type="checkbox"/> da macello |
|              | Capacità struttura : _____  |
|              | Capi allevati: suini n. _____ cinghiali n. _____  |
|              | Iscrizione a consorzio tipico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>         |

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del proprietario/detentore  
 Firmare anche con dispositivo di firma digitale

\_\_\_\_\_  
 Visto IL VETERINARIO DELL'ASP

Scheda registrazione allevamenti:  BOVINI BUFALINI

Codice dell'azienda

MODALITA' ALLEVAMENTO:

- all'aperto o estensivo  
 stabulato o intensivo  
 transumante

Iscrizione al. G.: SI  NO Riproduzione: SI  NO 

Tipologia struttura

**ALLEVAMENTO**

Tipologia produttiva

Orientamento produttivo

CARNE 

- ingrasso  
 Ingrasso per autoconsumo  
 Linea vacca-vitello  
 Riproduttori a fine carriera  
 Vitelli a carne bianca

LATTE 

- da latte per autoconsumo  
 Latte crudo / vendita diretta  
 Produzione latte  
 Vacche in asciutta/manze da rimonta

MISTO 

- da latte per autoconsumo  
 Latte crudo / vendita diretta  
 Produzione latte  
 Vacche in asciutta/manze da rimonta  
 Ingrasso  
 Ingrasso per autoconsumo  
 Linea vacca/vitello  
 Riproduttori a fine carriera  
 Vitelli a carne bianca

N.B. per ogni orientamento produttivo è possibile indicare più tipologie produttive

TIPOLOGIA STRUTTURA

STALLA DI SOSTA

ORIENTAMENTO PRODUTTIVO:

- DA ALLEVAMENTO  
 DA ALLEVAMENTO/MACELLO  
 DA MACELLO

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del proprietario/detentore  
 Firmare anche con dispositivo di firma digitale

\_\_\_\_\_  
 Visto IL VETERINARIO DELL'ASP

Scheda registrazione allevamenti:

## EQUIDI

Codice dell'azienda

## SPECIE ALLEVATA :

- |                                   |               |
|-----------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> ASINI    | CAPI N° _____ |
| <input type="checkbox"/> BARDOTTI | CAPI N° _____ |
| <input type="checkbox"/> CAVALLI  | CAPI N° _____ |
| <input type="checkbox"/> MULI     | CAPI N° _____ |

Tipologia struttura

n.b. indicare il totale dei capi indicati nella specie allevata

- |   |               |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> ALLEVAMENTO        | CAPI N° _____ |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DI RACCOLTA | CAPI N° _____ |
| <input type="checkbox"/> IPPODROMO          | CAPI N° _____ |
| <input type="checkbox"/> MANEGGIO           | CAPI N° _____ |
| <input type="checkbox"/> STALLA DI SOSTA    | CAPI N° _____ |

Orientamento produttivo ALLEVAMENTOCARNE CON FATTRICI CARNE SENZA FATTRICI EQUESTRE CON FATTRICI EQUESTRE SENZA FATTRICI IPPICO CON FATTRICI IPPICO SENZA FATTRICI ISCRIZIONE  SI NO

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del proprietario/detentore  
Firmare anche con dispositivo di firma digitale

\_\_\_\_\_  
Visto IL VETERINARIO DELL'ASP

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'**

Ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000

**Il Sottoscritto**

|                                |               |               |                     |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------------|
| Cognome:                       |               | Nome:         |                     |
| Codice fiscale:                |               | Nato a:       | prov.               |
| Il:                            | Cittadinanza: | residente a : | prov.               |
| Via/Piazza:                    |               | N° civico     | Recapito telefonico |
| Posta Elettronica Certificata: |               | e-mail :      |                     |

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali derivanti da false attestazioni, ai sensi e con le modalità previste dagli artt. 46,47,8 e 76 del DPR n. 445/2000

|  |                                     |                                   |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <p>A. Che l'azienda rispetta le pertinenti disposizioni legislative comunitarie, nazionali, regionale e locali in materia di :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. inquinamento ambientale</li> <li>2. smaltimento rifiuti ed effluenti aziendali</li> </ol> |                                     |                                   |
| <p>B. che il corpo aziendale ricade nel comune di _____ ( prov. _____ ) foglio _____ particelle _____</p>  |                                     |                                   |
| <p>● Che la modalità di approvvigionamento idrico è la seguente</p>  |                                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> Pozzo privato   | <input type="checkbox"/> Acquedotto | <input type="checkbox"/> Cisterna |
| <p>● Che l'acqua utilizzata è potabile</p>   |                                     |                                   |
| <p>● Di possedere i requisiti generali di igiene indicati nel REG CE n. 853/2004, all. III sez. IX cap. 1,2 e 3 come modificato dal REG CE n. 1662/2006</p>  |                                     |                                   |
| <p>● Di rispettare quanto stabilito dal REG CE n. 183/2005 in materia di alimentazione zootecnica</p>  |                                     |                                   |
| <p>● Di possedere i requisiti generali di igiene indicati dal REG CE n. 852/2004</p>   |                                     |                                   |
| <p>● Che le strutture dove si svolge l'attività sono conformi alle previsioni del P.R.G. vigente, delle relative N.T.A. e del Regolamento Edilizio nonché di essere in possesso di certificato di agibilità dei locali o certificazione sostitutiva</p>                |                                     |                                   |

**DICHIARA ALTRESI'**

- che non sussistono nei propri confronti , né di eventuali altri soggetti indicati all'art. 2 c.3 del DPR n. 252/68, cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all' allegato 1 del D Lgs 8 agosto 1994 n. 490 ( normativa antimafia )
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività

**DICHIARA INFINE**

di avere titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente S.C.I.A in quanto :

- proprietario
- in possesso di contratto di affitto
- in possesso di contratto di comodato
- altro \_\_\_\_\_

Consapevole infine dei contenuti riportati all'art. 49 del D.L. n. 78 del 31/05/2010, convertito in legge n. 122 del 30/07/2010, si impegna, entro il termine di 60 giorni dalla ricezione della presente SCIA, in caso di accertata carenza dei requisiti e presupposti necessari per lo svolgimento dell'attività, a mettere in esecuzione tutte le richieste contenute nei provvedimenti motivati, adottati da una delle amministrazioni competenti e da realizzare immediatamente dopo il 30° giorno dalla notifica e che possono disporre, in caso di impossibilità a conformare l'attività alla normativa vigente o di colpevole inerzia, anche il divieto di proseguire l'attività e la rimozione degli eventuali effetti dannosi.

## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Estratto del/dei foglio/idi mappa catastale e visura catastale dei siti dove ricade l'azienda   |
| <input type="checkbox"/> planimetria dei locali, dove si svolge l'attività, quotata scala 1:100  |
| <input type="checkbox"/> planimetria in scala adeguata di tutta l'azienda, dove sono riportate tutte le strutture  |
| <input type="checkbox"/> relazione tecnica descrittiva dell'attività produttiva  |
| <input type="checkbox"/> dichiarazione di accettazione dell'incarico di detentore di animali - se diverso dal proprietario / legale rappresentante - completa di doc. id. e C.F.   |
| <input type="checkbox"/> dichiarazione di accettazione del nuovo allevamento da parte di tutti i proprietari, se l'allevamento viene attivato in azienda in cui sono presenti più proprietari, completa di doc. id. e C.F. |
| <input type="checkbox"/> ricevuta versamento di Euro 50,00 su C/c/p o IBAN n° _____  |

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso e leggibile<sup>1</sup>

Firmare anche con dispositivo di firma digitale

## Cronologia degli aggiornamenti del modello

| Data       | Modifica apportata                  | La modifica è sostanziale e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti? |
|------------|-------------------------------------|--|
| 23/03/2015 | Aggiornamento codice interno modulo | No   |