



ASL Lecce

PugliaSalute

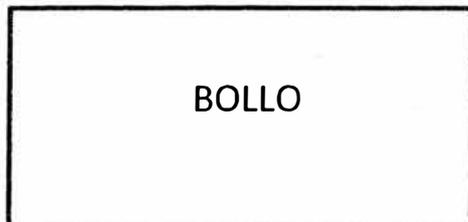
**MOD A3 – VARIAZIONE PER
SUBINGRESSO O DI RAG.SOCIALE.**

STABILIMENTI DI PRODUZIONE E COMMERCIALIZZAZIONE / DEPOSITO
DI ADDITIVI, AROMI ENZIMI
AI SENSI DEL D.P.R. 514 / 97



REGIONE PUGLIA
Sezione PATP

MOD – A 3 : Rev. del 20.10.15



BOLLO

Alla Regione Puglia

Sezione Programmazione Assistenza territoriale e prevenzione
Servizio. 1 Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti
e della Nutrizione e sicurezza sul lavoro

per il tramite del Servizio di Igiene degli Alimenti e della
Nutrizione della ASL _____

MODELLO A3

ISTANZA DI CAMBIO D'INTESTAZIONE DELL'ATTO DI RICONOSCIMENTO PER SUBINGRESSO O PER
VARIAZIONE DELLA RAGIONE SOCIALE

Il/la sottoscritto/a :

CAMPO 1: GENERALITA' DEL RICHIEDENTE			
COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		TELEFONO	FAX
LUOGO DI NASCITA: STATO		PROVINCIA	COMUNE
DATA DI NASCITA		CITTADINANZA	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RESIDENZA NEL COMUNE			PROV.
VIA/ PIAZZA			N. CAP
IN QUALITA' DI (TITOLARE, LEGALE RAP. ALTRO)			
CAMPO 2: IMPRESA ALIMENTARE			
DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE :			
C.F. / P.IVA		SEDE LEGALE COMUNE	PROV.
VIA/ PIAZZA			N. CAP
TEL	FAX	EMAIL / EMAIL PEC	
N° ISCRIZIONE AL REGISTRO IMPRESE			C.C.I.A.A. di
CAMPO 3: PER LO STABILIMENTO			
SITO NEL COMUNE DI			PROV.
VIA / PIAZZA		N°	CAP
RICONOSCIUTO CON ATTO DEL _____ N° / Approval Number			
RILASCIATO ALL'IMPRESA ALIMENTARE			
PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DI			





ASL BT

PugliaSalute

**MOD A3 – VARIAZIONE PER
SUBINGRESSO O DI RAG.SOCIALE.**
STABILIMENTI DI PRODUZIONE E COMMERCIALIZZAZIONE / DEPOSITO
DI ADDITIVI, AROMI ENZIMI
AI SENSI DEL D.P.R. 514 / 97



REGIONE PUGLIA
Sezione PATP

CHIEDE

Per subingresso dalla ditta (v) _____
alla ditta (n) _____

Per la seguente variazione nella ragione sociale (denominazione, indirizzo, titolare, forma societaria ecc)
(n) _____

Per il seguente motivo _____

**l'adeguamento dell'atto di riconoscimento , ai sensi del D.P.R. 514/97 e del Reg. CE 852/04
per le seguenti complessive categorie /tipologie di attività / tipologie di prodotto**

(n) nuova/o
(v) vecchia/o

Eventuali altre dichiarazioni:

**Si allega alla presente richiesta di subingresso o variazione ragione sociale dell'atto di
riconoscimento:**

- a. Copia autenticata della documentazione notarile attestante il cambio di ragione sociale (rogito notarile di acquisto, contratto di affitto, atto di modifica della denominazione, ecc);
- b. Certificato iscrizione. della nuova Ditta alla C.C.I.A.A territorialmente competente in relazione alla attività per la quale viene chiesta la variazione della ragione sociale o dichiarazione sostitutiva di detta dichiarazione;
- c. Una marca da bollo di valore corrente;
- d. Copia dell'avvenuto versamento alla Regione Puglia della prevista tariffa;
- e. Attestazione che non sono state apportate modifiche allo stabilimento a firma del Titolare/Responsabile Legale (presidente pro tempore, ecc.) della impresa alimentare cessante e di quella subentrante.

Data

Il Richiedente

