**Modulo 6**

**(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 (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:

[ ]  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 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.