

# Format comunicato

Carta intestata

Luogo ... data ...

**Oggetto: Comunicazione ex art. 6 paragrafo 1) decreto legislativo 10 febbraio 2017, n. 29**

DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

## COMUNICA

Di svolgere la/le seguente/ti attività:

- “ produzione materiali e oggetti destinati a venire a contatto con alimenti
- “ distribuzione materiali e oggetti destinati a venire a contatto con alimenti
- “ stoccaggio materiali e oggetti destinati a venire a contatto con alimenti
- “ importazione materiali e oggetti destinati a venire a contatto con alimenti

*Note Selezionare la/le voce/i di propria competenza*

### Presso il seguente sito

#### SEDE DI SVOLGIMENTO ATTIVITÀ

COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

*Ripetere le informazioni per ogni sito esistente*

Note \_\_\_\_\_

*Indicare altre informazioni/note se utili*

In fede

**Legale rappresentante (nome e cognome, firma)**

OPPURE

**Operatore Economico Delegato dell'impresa (nome, cognome, funzione, firma)**

**Destinatario: ASL Azienda Socio Sanitaria Locale competente territorialmente**