

Al Comune di

Il sottoscritto

nato a il

in qualità di

della Ditta

Comune (sede operativa dello stabilimento) cap

Provincia (sede operativa dello stabilimento)

via (sede operativa dello stabilimento) n

Comune (sede legale) cap

Provincia (sede legale)

via (sede legale) n

Partita IVA e-mail

tel fax

e-mail, telefono e fax del referente ASL

stabilimento già in possesso del seguente Numero di Riconoscimento (Regolamento CE 853/2004)

.....

COMUNICA

di aver introdotto/modificato le seguenti tipologie produttive:

.....
.....
.....

CHIEDE

l'aggiornamento dell'atto di riconoscimento.

A tal fine allega alla domanda i seguenti documenti:

.....

luogo data

firma