

MODELLO 1 - D.I.A. TEMPORANEA

Al Direttore del Dipartimento di  
Prevenzione della Azienda USL di FROSINONE

Per il tramite del Comune di

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
con riferimento alle disposizioni di cui all'art. 6 del Reg. CE 852/2004, nell'ambito della  
manifestazione denominata \_\_\_\_\_ che si terrà in \_\_\_\_\_  
via/Piazza \_\_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di Responsabile della Manifestazione,

che nomina quale Operatore del Settore Alimentare

il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
avente l'attività con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
- P.I. \_\_\_\_\_ che accetta l'incarico come da modello allegato (All. 3);  
Recapito telefonico: cell. \_\_\_\_\_ Tel. Fisso \_\_\_\_\_

Operatore del Settore Alimentare

con attività con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
- P.I. \_\_\_\_\_ di cui all'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ o,  
in sostituzione alla D.I.A. sanitaria del \_\_\_\_\_;  
Recapito telefonico: cell. \_\_\_\_\_ Tel. Fisso \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(consapevole delle sanzioni stabilite in caso di dichiarazioni mendaci e false attestazioni, ai sensi  
dell'art.76 del D.P.R. 445/2000)

1. che i requisiti dei locali, delle attrezzature e delle produzioni relativamente alla sicurezza alimentare indicati nella relazione di cui all'Allegato 2, saranno posseduti al momento dell'inizio dell'attività stessa;
2. che la preparazione e somministrazione di prodotti alimentari si svolge attraverso l'utilizzo di strutture precarie e amovibili, che potranno essere installate soltanto nelle ore immediatamente precedenti l'inizio della manifestazione;
3. che il titolare dell'impresa alimentare, sopra indicato, garantirà il rispetto delle disposizioni della legislazione alimentare vigente;
4. che la manifestazione di che trattasi, gli spazi allestiti, le attrezzature e le produzioni corrispondono a quelli per i quali era già stata rilasciata in precedenza specifica autorizzazione sanitaria o era già stata effettuata registrazione.

- Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del titolare, in corso di validità.  
- COPIA AVVENUTO VERSAMENTO € 59,00 (autorizzazio) 4/0 COP SANITARIO;

In fede



- copertura dei tavoli di lavorazione in materiale lavabile e disinfettabile SI NO  
- utilizzo di stoviglie monouso SI NO  
se no: utilizzo di lavastoviglie SI NO

**5) APPROVVIGIONAMENTO IDRICO.**

- a) pubblico (specificare) \_\_\_\_\_  
b) privato (specificare e allegare analisi nell'ultimo anno) \_\_\_\_\_

**6) SISTEMI PER LA RACCOLTA E LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI LIQUIDI E SOLIDI (specificare):** \_\_\_\_\_

**7) SISTEMA DI SMALTIMENTO DEGLI OLII ESAUSTI (specificare):**

**8) SERVIZI IGIENICI PER IL PERSONALE ED IL PUBBLICO:**

numero: \_\_\_\_\_ ubicazione \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

inoltre che gli addetti sono stati adeguatamente formati sulle norme igieniche e sulle procedure basate sui principi HACCP da rispettare durante la manipolazione e somministrazione degli alimenti.

Si allegano:

1. fotocopia del documento di riconoscimento del titolare, in corso di validità;
2. planimetria dell'area della manifestazione comprensiva di ogni singolo spazio con la motivazione della specifica destinazione d'uso

**Il Responsabile della manifestazione**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MODELLO ACCETTAZIONE INCARICO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
 \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ nella sua  
 qualita di Titolare/Legale Rappresentante dell'attività di \_\_\_\_\_  
 con sede in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ - P.I. \_\_\_\_\_  
 di cui all'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ o, in sostituzione, alla D.I.A. sanitaria del \_\_\_\_\_  
 numero di registrazione sanitaria \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;  
 Recapito telefonico: cell \_\_\_\_\_ Tel. Fisso \_\_\_\_\_

## ACCETTA

quale Operatore del Settore Alimentare, l'incarico di Responsabile nel garantire il rispetto delle disposizioni  
 della legislazione alimentare di cui all'art. 6 del Reg. CE 852/2004, nell'ambito della manifestazione  
 denominata \_\_\_\_\_  
 che si terra in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ nei giorni di \_\_\_\_\_

- Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del titolare, in corso di validità.  
 - TITOLO SANITARIO ASSIEME

In fede