

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 AUTENTICO VERSAMENTO € 59,00 (autenticato) 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 ASSISTENZIALE

In fede