

Oggetto: Richiesta di certificazione sanitaria per l'esportazione di alimenti all'estero

Il sottoscritto: _____,
nato a _____, il _____,
residente nel Comune di _____, Via _____, in qualità
di _____, della Soc.² _____
P.I.V.A./C.F. _____, con sede legale nel Comune di _____,
Via _____, che gestisce l'Unità Produttiva ubicata nel Comune di
_____, Via _____,
Tel. _____ e.mail – PEC _____

provvista di Autorizzazione/Registrazione da parte dell'Autorità (Sanitaria) Competente del _____

CHIEDE

L'esecuzione del controllo sanitario e il conseguente rilascio del certificato sanitario per l'esportazione nei Paesi Terzi
dei prodotti di origine vegetale o di prodotti composti di seguito descritti:

- Tipologia e Lotto del Prodotto: _____
- _____
- Peso Netto - n. cartoni – n. bottiglie: _____
- Paese di Destinazione del Prodotto: _____
- Destinatario del Prodotto: _____
- Indirizzo del Destinatario: _____

La merce di cui si chiede l'esportazione è stata:

☐ prodotti ³ e/o ☐ confezionati ⁴ nello/negli stabilimento/i

ATALE SCOPO DICHIARA CHE

L'Azienda ha provveduto a presentare notifica ex art. 6 Reg. CE 852/2004 ai fini della registrazione n. _____
del _____ per l'attività di _____;

- l'Azienda adotta procedure basate sui principi HACCP, ai sensi dell'art. 5 del Reg. CE n. 852/2004
- il prodotto in questione rientra tra le produzioni notificate ed è in libera vendita sul mercato UE;
- l'etichettatura è conforme a quanto dettato dal Reg. CE 1169/2011, e normative nazionali di settore vigenti;
- il prodotto non contiene additivi o residui non consentiti dalle norme Italiane
- nel caso di cui sia presentata analisi in AUTOCONTROLLO dichiara che i campionamenti sono stati eseguiti nel rispetto della normativa vigente;
- l'OSA si impegna a riconoscere alla ASL eventuali maggiorazioni se il C.U. superi 1.5h

¹ Titolare, Legale Rappresentante; altro: specificare il titolo;

² Regione Sociale, indirizzo delle Sede Legale e della Sede operativa/stabilimento/deposito/o qualsiasi unità locale; telefono/fax, Posta Elettronica certificata;

³ In caso di ragione sociale diversa dal richiedente, fornire le informazioni della ditta produttrice e/o confezionatrice;

⁴ In caso di ragione sociale diversa dal richiedente, fornire le informazioni della ditta produttrice e/o confezionatrice

5 la tariffa così determinata ex art. 9 D.Lgs 32/2021 equivale al tempo medio stimato e impiegato per il rilascio dei certificati/attestazioni ufficiali (30' di attività per 3 operatori coinvolti nel processo).

- di non aver procedimenti penali in corso e di non aver riportato condanne penali per reati alimentari, passate in giudicato;

☐ di aver provveduto a presentare autocertificazione D.Lgs. 32/2021 in data _____

☐ di aver provveduto al pagamento della tariffa forfettaria di cui al D.Lgs. 32/2021 (allegare copia bonifico).

Allegati:

1. Copia del documento di identità del richiedente;
2. Analisi chimiche/microbiologiche/altro effettuata in data _____ presso il laboratorio accreditato qualora previste dal piano di autocontrollo aziendale o da norme specifiche;
3. etichetta dei prodotti da esportare;
4. elenco dei prodotti da esportare in duplice copia;
5. fattura di acquisto della merce qualora non prodotta dalla ditta che richiede il certificato;
6. modello del certificato per l'esportazione compilato in tutte le sue parti, timbrato e firmato dal richiedente con indicazione di tutti i prodotti e relativi lotti destinati all'esportazione;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione ai fini dell'applicazione delle tariffe previste ai sensi del D.Lgs. 32/2021 (artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.) - STABILIMENTI ALLEGATO 2 SEZ. 6 - ANNO ____
8. attestazione di pagamento pari a 120 euro ⁵ da versare sul C/C postale I 1439015 intestato a ASL VITERBO – U.O.S.V.D. SIAN; oppure tramite bonifico bancario BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A., con sede in Via Genova, 52 - filiale I4500, Viterbo 01100, IBAN: IT66R010051450000000218040 BIC: BNLITRR, Causale Certificato di esportazione

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. n. 445 del 28/12/2000 sotto la propria responsabilità, dichiara che quanto sopra riportato corrisponde a verità.

Inoltre il sottoscritto è consapevole, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs n. 196/2003 e successive integrazioni, in materia di protezione dei dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data, _____

IN FEDE

CERTIFICATO PER L'ESPORTAZIONE / Global Health Certificate
Dichiarazione dell'esportatore / Exporter declaration

Produttore (nome, indirizzo completo)/ Producer (Name and full address): AZIENDA: (ragione sociale) _____ Indirizzo: _____ SEDE LEGALE: _____ (VT) C.F. _____ P.IVA _____ TEL: _____ CONFEZIONATO IN: _____ (VT)		Paese di produzione dei prodotti (paese del produttore): Country of the producer of the goods (country of the producer): _____ ITALIA/ITALY _____	
Esportatore (nome, indirizzo completo)/ Exporter (Name and full address): Ditta: _____ (VT)		Paese dell'esportatore dei prodotti: Country of dispatch of the goods (country of the exporter): _____ ITALIA/ITALY _____	
Destinatario (Nome, Indirizzo Completo, Paese) / Consignee (Name And Full Address, Including Member State): _____		Paese di destinazione/ Country of destination: _____	
Mezzo di trasporto (tipo)/ Identity of trasport means (nature): TRANSPORT BY: _(nave, aereo, treno ecc.) _____		Numero di fattura (facoltativo)/ Invoice Number (optional) Fattura/Invoice: n. _____ del _____	
Descrizione dei prodotti/Description of the goods: (Tipologia di prodotto da esportare) _____ _____			
Io sottoscritto, responsabile di questi prodotti destinati all'esportazione, garantisco le seguenti informazioni / I undersigned, responsible of these export products, certify the following information: - Il prodotto di questi lotti è conforme ai requisiti del paese di spedizione/The product of these batches is in compliance with the requirements of the country of dispatch - Il prodotto di questi lotti è adatto al consumo umano/The product of these batches is fit for human consumption - La ditta produttrice degli alimenti di cui sopra, dispone di un sistema di autocontrollo ai sensi della normativa dell'Unione Europea ed è registrata all'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo (VT) Italia / The company producing the foods mentioned above, has a self-control system in accordance with European Union legislation and is registered with the Local Health Authority of Viterbo (VT) Italy - Dichiaro di essere consapevole che le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa). Nome e funzione/name e function: Mr. _____ President of the company producer Firma e timbro			
Tipo di prodotti / kind of goods:	Numero e natura dei colli/ Number and kind of packages :	Peso lordo (kg)/ Gross mass (kg) :	Peso netto / Net mass (kg) :
(inserire nome commerciale del prodotto)	N°Cartoni/ paperboards N° _____	Confezioni N° _____	Kg
		Kg	Kg

CERTIFICATO PER L'ESPORTAZIONE / Global Health Certificate
Dichiarazione dell'esportatore / Exporter declaration

Azienda: _____ Indirizzo: _____ _____ (VT) ITALY Product: _____ Product of Italy Production Date: _____ TMC/Best Before _____ Batch Code/Lotto: _____	ctn _____	_____	_____ Kg	_____ Kg
Azienda: _____ Indirizzo: _____ _____ (VT) ITALY Product: _____ Product of Italy Production Date: _____ TMC/Best Before _____ Batch Code/Lotto: _____	ctn _____	_____	_____ Kg	_____ Kg
Azienda: _____ Indirizzo: _____ _____ (VT) ITALY Product: _____ Product of Italy Production Date: _____ TMC/Best Before _____ Batch Code/Lotto: _____	ctn _____	_____	_____ Kg	_____ Kg
Azienda: _____ Indirizzo: _____ _____ (VT) ITALY Product: _____ Product of Italy Production Date: _____ TMC/Best Before _____ Batch Code/Lotto: _____	ctn _____	_____	_____ Kg	_____ Kg
Azienda: _____ Indirizzo: _____ _____ (VT) ITALY Product: _____ Product of Italy Production Date: _____ TMC/Best Before _____ Batch Code/Lotto: _____	ctn _____	_____	_____ Kg	_____ Kg

CERTIFICATO PER L'ESPORTAZIONE / Global Health Certificate
Dichiarazione dell'esportatore / Exporter declaration

Azienda: _____ Indirizzo: _____ _____ (VT) ITALY Product: _____ Product of Italy Production Date: _____ TMC/Best Before _____ Batch Code/Lotto: _____	ctn _____	_____	_____ Kg	_____ Kg
--	-----------	-------	----------	----------

Azienda: _____ Indirizzo: _____ _____ (VT) ITALY Product: _____ Product of Italy Production Date: _____ TMC/Best Before _____ Batch Code/Lotto: _____	ctn _____	_____	_____ Kg	_____ Kg
--	-----------	-------	----------	----------

PARTE RISERVATA ALLA ASL

Attestazione dell'Autorità Competente/ Official Authority Attestation

Il Sottoscritto Direttore dell'U.O.S.D. - SIAN della A.S.L. VITERBO / The undersigned Director of the U.O.S.D. - SIAN of the A.S.L. VITERBO, certifica che / certify that:

L'impresa che produce gli alimenti sopra menzionati è sottoposta al controllo dell'Autorità Competente Locale ed è registrata alla A.S.L. di Viterbo, U.O.S.D. - S.I.A.N. al numero _____

The company that produces the foods mentioned above is subject to the control of the Local Competent Authority and is registered at the A.S.L. of Viterbo, U.O.S.D. - S.I.A.N. to the number _____

	SISTEMA SANITARIO REGIONALE  ASL VITERBO  REGIONE LAZIO DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.S.D. S.I.A.N. TEL. 0761 236 727
--	---

RICHIESTA N° PROT. _____ del _____

CERTIFICATO N° PROT. _____ Data/Date: _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE PREVISTE AI SENSI DEL D.LGS. 32/2021 (artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.) - STABILIMENTI ALLEGATO 2 SEZ. 6 - ANNO _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov.() il ____/____/____
in qualità di Operatore/Titolare/Legale rappresentante dell'impresa:

codice fiscale _____ P.IVA _____ con sede legale in:

Via _____ Comune di _____ Prov. () Cap. _____ Pec _____

Tel./Cell. _____ identificativo _____ e sede operativa identificata sita in (indicare

solo se diversa dalla sede legale): Via _____ Comune di _____ Prov. () Cap. _____

Tel./Cell. _____ Tipologia di attività produttiva/e dello stabilimento (Allegato 2, Sezione 6, Tabella A del D.Lgs 32/2021):

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 (barrare la casella ☐):

☐ **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 che vende o somministra al consumatore finale, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all'Allegato 2, sez. 6, Tabella A, ai sensi dell'art. 6, comma 6

☐ **di non essere soggetto**, per l'anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua **in quanto, nell'anno solare precedente** (barrare la casella ☐)

☐ **non ha commercializzato all'ingrosso**, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso che vende o somministra al consumatore finale, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all'Allegato 2, sez. 6, Tabella A, ai sensi dell'art. 6, comma 6 del D.Lgs 32/2021

☐ **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** (art. 2, comma 1, lettere b, c, d del D.Lgs 32/2021)

☐ l'attività è (specificare la motivazione e la data dell'evento, ad esempio "cessata", "trasferita in territorio di competenza di altra Azienda sanitaria"):

Il sottoscritto è consapevole che in caso di omessa trasmissione della presente autodichiarazione entro il 31 gennaio, ai sensi dell'art. 13 comma 3, l'Azienda sanitaria applicherà la tariffa prevista ai sensi dell'art. 17 comma 2 del D.Lgs 32/2021 .

IN FEDE _____
(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

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.)**