## Modello 12

**AUTODICHIARAZIONE PER TARIFFE FORFETTARIE**

**PER CONTROLLI UFFICIALI NEGLI STABILIMENTI**

**DI CUI ALL’ALLEGATO 2, SEZIONE 6**

**Azienda Sanitaria Locale di POTENZA**

**Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI DELL’APPLICAZIONE DELLE TARIFFE ANNO\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PREVISTE AI SENSI DEL D.LGS N. 32/2021**

**(*artt. 46-47 DPR n. 445/2000 e s.m.i.*)**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| il |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**in qualità di Operatore/Titolare/Legale rappresentante dell’impresa** (indicare Ragione Sociale): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**codice fiscale** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **partita I.V.A.** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Con sede legale sita in: Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. |\_|\_| Cap.|\_|\_|\_|\_|\_|

Telefono / Cell. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Fax |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**indirizzo PEC**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **@** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e sede operativa sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale):**

Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. |\_|\_| Cap.|\_|\_|\_|\_|\_|

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono / Cell. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Fax |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Tipologia di/delle attività produttiva/e dello stabilimento (Allegato 2, Sezione 6, tabella A)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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:**

**􀆑 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, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all’allegato 2, sezione 6, tabella A, ai sensi dell’articolo 6, comma 6 del Decreto;**

**􀆑 di NON essere soggetto, per l’anno in corso, al pagamento della tariffa forfettaria annua in quanto, nell’anno solare precedente:**

**􀆑 NON ha commercializzato all’ingrosso, ad altri operatori o ad altri stabilimenti diversi da quello annesso e da quello funzionalmente connesso, una quantità superiore al 50 per cento della propria merce derivante da una o più attività di cui all’allegato 2, sezione 6, tabella A, ai sensi dell’articolo 6, comma 6 del Decreto;**

**􀆑 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 (Articolo 2, comma 1, lettere b, c, d del Decreto)**

**􀆑 l'attività è (specificare la motivazione e la data dell'evento, ad esempio “cessata”, “trasferita in territorio di competenza di altra Azienda sanitaria locale”): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In caso di omessa trasmissione della presente autodichiarazione entro il 31 gennaio, ai sensi dell’articolo 13 comma 3, l’Azienda sanitaria locale applica la tariffa prevista ai sensi dell’articolo 17 comma 2.**

IN FEDE

(firma del titolare/legale rappresentante e timbro leggibile)

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.)**

**Esente da bollo ai sensi dell’art. 37 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.**