

Allegato 10

REGIONE LIGURIA - ASL .....

S.C. Igiene alimenti di o.a..

Alla Regione Liguria
Dipartimento Salute e Servizi
Sociali
Settore Veterinaria
V. Fieschi - Genova
e, p.c. Alla Ditta

.....
.....

Oggetto: Comunicazione di sospensione temporanea o di cessazione definitiva dell'attività.

Si comunica che a far data dal ...../...../..... la Ditta ..... con sede legale nel Comune di ..... (Prov..... ), Via ..... n°..... e stabilimento sito nel Comune di ..... (Prov..... ), Via ..... n°..... in possesso dell'atto/i di riconoscimento :

- n° prot. ....del..... • n° prot. .... del.....
• n° prot. ....del..... • n° prot. .... del.....

rilasciato/i ai sensi della normativa vigente, n° riconoscimento (Approval number) ....., per le tipologie produttive riportate nella scheda di rilevazione allegata (All. 1), ha (barrare le voci pertinenti):

- sospeso  cessato

l'attività relativa a:

- tutte le produzioni;
 le produzioni seguenti .....

per:

- scelta della ditta medesima;
 ordine di .....

a seguito delle motivazioni sotto elencate.....

- l'attività presumibilmente riprenderà il ...../...../..... (le sospensioni di attività che si prolungano per periodi superiori a sei mesi comportano la revoca d'ufficio del provvedimento di riconoscimento).

l'attività non verrà più ripresa, pertanto, si richiede la revoca del provvedimento di riconoscimento sopra specificato.

Data.....

Il Direttore della S.C. Igiene alimenti di o.a..

Allegati:

- Scheda rilevazione tipologia di attività (Allegato 1)
 Comunicazione della Ditta (Allegato 9)