

**RICHIESTA CERTIFICATO SANITARIO ESPORTAZIONE DI ALIMENTI  
E BEVANDE IN PAESI TERZI**

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

In qualità di titolare/leg. rapp.te /A.D. della ditta \_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Con sede operativa in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Telefono – e-mail \_\_\_\_\_

Cod. Fisc/P. IVA \_\_\_\_\_

Provvista di Autorizzazione Sanitaria n° \_\_\_\_\_ rilasciata dal Sindaco di \_\_\_\_\_

O DIA/NIA/SCIA n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio di n° \_\_\_\_\_ Certificati Sanitari di Esportazione (CSE) dovendo esportare i seguenti alimenti/bevande:

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

Prodotti nello stabilimento di (\*) \_\_\_\_\_

Nei seguenti **PAESI** (indicare i paesi esteri di destinazione) \_\_\_\_\_

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

A tale scopo dichiaro che l'Azienda è in regime di autocontrollo, ai sensi dell'art. 5 del Reg. (CE) 852/04 e che i prodotti oggetto della presente richiesta rientrano tra le produzioni notificate, e sono liberamente commercializzati in tutto il territorio dell'Unione Europea

Dichiaro inoltre di NON avere procedimenti penali in corso e di non aver riportato condanne penali per reati alimentari, passate in giudicato e che quanto sopra riportato corrisponde a verità.

Sono consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci sarò punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia ( DPR 445/2000).

Firma \_\_\_\_\_

(\*) Qualora la richiesta di CSE riguardi alimenti e bevande prodotti da Ditte ricadenti sotto il controllo di altre ASL/AC, quindi diverse dall'ASL AT, occorre allegare alla presente richiesta un'attestazione specifica rilasciata (massimo 1 anno prima) dall'ASL/AC competente

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

AUTORIZZA, ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016, la Struttura in indirizzo al trattamento dei propri dati al fine dell'erogazione della prestazione richiesta. Ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi potranno essere reperite sul sito internet aziendale.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Allegati:**

Attestazione pagamento diritti sanitari ASL AT ai sensi del **D.Lgs. n. 32 del 02/02/2021 art. 5 – tariffa su base oraria di cui art. 10 comma 2 (80 Euro/ora)** e art. 8 comma 4 (maggiorazione 0,5%) da effettuarsi:

- con Bonifico **bancario** con codice **IBAN: IT 74 M 06085 10316 00000000 7783** causale versamento: **“D.Lgs. 32/2021 - Certificato esportazione”**

Il **sopralluogo** presso la ditta è effettuato:

nel caso in cui il SIAN lo ritenga necessario, vista la valutazione del rischio, la tipologia di richiesta o di alimenti che si intendono esportare, al fine di verificare la situazione igienico – sanitaria, il processo produttivo, il sistema di autocontrollo, la rintracciabilità, ecc..

I prodotti oggetto della spedizione di cui alla presente richiesta, devono essere tenuti in **condizioni tali da consentire** all'Autorità Competente (AC) di effettuare **facilmente** le idonee **verifiche**

Copia documento di identità del richiedente in corso di validità

Fattura di accompagnamento della merce (quando necessaria)

Richieste particolari (es: indicazione del lotto, scadenza merce oggetto della richiesta, destinatario, ecc..)