



COMUNE DI VINCHIATURO

(PROV. DI CAMPOBASSO)

urbanistica@comune.vinchiatururo.cb.it

Ufficio Tecnico

Piazza Municipio, 1 - 86019 VINCHIATURO (CB) - Tel. 0874/34132 int.3

VINCHIATURO, 13 GENNAIO 2016

Prot.: 0275
Rif. N.: 6699/2015

Sptt.le

ISTITUTO COMPRENSIVO "MATESE"
Alla Cortese Attenzione del Dirigente Scolastico
Corso Umberto I°
86019 VINCHIATURO (CB)
cbic828003@pec.istruzione.it

comunicazione trasmessa solo via email
SOSTITUISCE L'ORIGINALE
(art.45, comma 1, D.Lgs. n.82/2005)

OGGETTO: Richiesta certificati edifici scolastici (rif.Vs.nota 5072 A/35-2015 - Scuola Materna "D'Aquila").

Ad evasione della richiesta di cui all'oggetto, si rappresenta quanto segue:

- 1) certificato di idoneità sismica e statica (occorre far riferimento alla documentazione inviata da questo ente con nota n.prot.6420/06 a seguito delle verifiche post sisma 2002 - studio della vulnerabilità sismica e statica);
- 2) certificato di agibilità (si allega copia fotostatica);
- 3) certificato di prevenzione incendi: lo stesso non e' previsto in quanto le persone presenti risultano essere in numero < a 100 unita (attività 67.I.A del DPR n. 151/2011) e la potenzialità dell'impianto di produzione di calore è < a 116 Kw (attività 74.I.A del DPR n. 151/2011);
- 4) autorizzazione sanitaria per la preparazione o somministrazione dei pasti (si allega SCIA della Ditta somministratrice).

Ad ogni buon fine si chiede la conferma del numero di persone presenti nell'edificio scolastico.

L'occasione per porgere distinti saluti.



Geom. Carlo Maddaluni
Responsabile Ufficio Tecnico



COMUNE DI VINCHIATURO

86019

PROVINCIA DI CAMPOBASSO

GRAFICA G. IEREMIA

I L S I N D A C O

Visto il verbale di ispezione del Capo dell'Ufficio Tecnico, Geom. Fuso Antonio, dal quale risulta che l'edificio scolastico "Padre E. D'Aquila" adibito ad asilo infantile, sito in P.zza Municipio, non presenta lesioni da pregiudicare la stabilità, i muti sono convenientemente prosciugati e che non presentano cause di insalubrità;

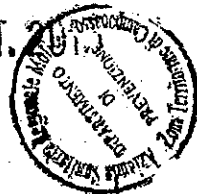
a u t o r i z z a

l'agibilità dell'edificio scolastico sopra descritto ad ogni effetto di legge per l'anno scolastico 1993/94.

Vinchiaturo, lì 20.10.1993

IL SINDACO
(Geom.A.TUCCI)

8 OTT. 2004



Modello 2

Raccomandata A.R.

Consegnata al protocollo

Al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione della ASREM Ambito Territoriale di

COMUNICAZIONE DI CAMBIO DI RAGIONE SOCIALE/SUBENTRO DI UNITA' DI IMPRESA

ALIMENTARE GIÀ REGISTRATA

(AI SENSI DELL'ART. 6 COMMA 2 DEL REG. CE N. 852/2004)

Il sottoscritto firmatario della presente

Cognome MARONZI Nome MARIO

Codice fiscale MRRRLN78T03075SR

Data di nascita 03/12/1978 Cittadinanza (*) ITALIANA

Luogo di nascita: Comune FRAGNITO L'ABATE Prov. BN Stato ITALIA

Se cittadino straniero indicare: Sesso del Permesso/Carta di soggiorno n. _____

Data da: _____ in data _____ validità fino al: _____

Data per i seguenti motivi _____

Luogo di nascita: Comune FRAGNITO L'ABATE Prov. BN

Via/C.da VIA STAZIONI n. 9 CAP 82020

Teléfono 333086989 fax _____ Cellul. 98241810906

Indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Indirizzo di: _____

TIPOLOGIA DELL'OMONIMA IMPRESA INDIVIDUALE

SOLE RAPPRESENTANTE DI SOCIETA' CIRCOLO PRIVATO ENTE PUBBLICO ALTRO (specificare) COOP. SOCIALE

Denominazione o Ragione Sociale _____

Codice fiscale _____ Partita IVA (se diverso dal C.F.) 01216040624

Forma di gestione Legale Amministrativa

Comune di FRAGNITO L'ABATE Prov. _____

Via/C.da ROMA n. _____ CAP 82020

Teléfono _____ fax _____ Cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica COOPHONIX@PSC.IT

Indirizzo operativa nel Comune di FRAGNITO L'ABATE Prov. BN

Via/C.da ROMA n. _____ CAP 82020

Teléfono 08241810906 fax _____ Cellul. 333086989

Indirizzo di posta elettronica (facoltativo) COOPHONIX@PSC.IT

COMUNICA

Unità di impresa alimentare sopra indicata, già registrata ai sensi del Regolamento CE 853/2004 con il numero _____ in data _____

svolgimento della/e seguente/i tipologie di attività
N.S. ASL NON HA MI. RILASCIATO ALLA D.TTA PREGONNINI AUTORIZZAZIONE SWITARA

il cambio di Ragione Sociale

Subentro

Ditta coop. MATS
IVA/C.F. _____ con sede legale in CANTALUPPO N3C SANMO
Via/P.za COLLA DELLA MADONNA n. 13 CAP 86092 Prov. CB
cellulare _____
e-mail (facoltativo) _____

pendente il/i seguenti automezzi:
modello dell'automezzo/i _____
targa o telaio _____

re della Ditta più sopra indicata e legalmente rappresentata dal sottoscritto.

ne allega alla presente

ificato iscrizione CCIAA territorialmente competente, od in alternativa, dichiarazione sostitutiva di
ificazione relativa all'iscrizione della ditta alla CCIAA territorialmente competente con indicazione del
ero di iscrizione; per le ditte individuali qualora non in possesso dell'iscrizione alla CCIA territorialmente
petente autodichiarazione di impegno a presentare detta certificazione entro 60 gg dalla data di avventa
trazione dell'impresa alimentare;

a conforme all'originale della documentazione notarile attestante il cambio di ragione sociale e/o sede
e (contratto, scrittura, atto di vendita, etc);

a precedente autorizzazione/registrazione.

opia di un documento d'identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.;

opia della ricevuta del versamento effettuato alla A.S.Re.M.

*Nota come al
ASL NON HA MAI RILASCIATO ALLA DITTA PROCEDIMENTO
AUTORIZZAZIONE
SANITARIA*

Il sottoscritto DICHIARA:

ere informato che la presente comunicazione è valida esclusivamente per la registrazione ai sensi del
852/04 e non sostituisce altri eventuali atti di rilevanza fondamentale ai fini dell'avvio della attività;

stata sottoscritta da entrambe le parti, e/o registrata la variazione di ragione sociale;

**per quanto riguarda gli automezzi sopra indicati, gli stessi sono non sono stati
rati a favore della ditta subentrante;**

non sono state apportate modifiche strutturali, impiantistiche e produttive all'attività
rata/autorizzata;

ere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di informazioni o uso di
si, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni;

er predisposto procedure permanenti basate sui principi del sistema HACCP e sulla corretta prassi
ca;

egnarsi a comunicare le eventuali variazioni relative alla ragione sociale, strutture ed attività svolta ed
ni altro requisito di legge dovesse intervenire;

ere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti
no trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale

presentata la presente comunicazione da parte del personale di Codesta Amministrazione e del
onale del Servizio sanitario preposto alla conservazione delle notifiche ed all'utilizzo delle stesse per il

edimento di registrazione e per tale motivo rilascia il consenso al loro utilizzo nei limiti sopra riportati.

ENE

di devono avere, nei modi e nei casi previsti dalla legge, validità attuale e, se in copia, questa deve essere autenticata, ai sensi
del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

la presente, in caso di autodichiarazione/autocertificazione copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

08-10-15

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(Timbro e firma per stesso)
COOPERATIVA SOCIALE
P. IVA 02148040824