

ALLA PREFETTURA UTG di Rimini
Via IV Novembre, 40,
47921 - Rimini RN
P.E.C.: protocollo.prefrn@pec.interno.it

OGGETTO: Comunicazione ai sensi dell'art. 2, lettera o) dell'Ordinanza del Ministro della Salute, adottata d'Intesa con il Presidente della Regione Emilia Romagna il 3 aprile 2020 e prorogata con l'Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 61 dell'11 aprile 2020.

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a a.....il.....,
residente a..... in via....., n.....,
Codice Fiscale.....
in qualità di titolare/legale rappresentante
dell'impresa denominata.....
Codice Fiscale/Partita IVA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art 495 e. p.) nonché consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole della conseguente decadenza dai benefici ottenuti a seguito della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA E COMUNICA QUANTO SEGUE

l'attività in concreto svolta dall'impresa non rientra tra le attività già direttamente consentite dall'Ordinanza del Ministro della Salute, adottata d'Intesa con il Presidente della Regione Emilia Romagna il 3 aprile 2020 e prorogata con l'Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 61 dell'11 aprile 2020;

la medesima attività rientra, invece, tra quelle indicate nell'art. 2, lettera o) dell'Ordinanza del Ministro della Salute, adottata d'Intesa con il Presidente della Regione Emilia Romagna il 3 aprile 2020 e prorogata con l'Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 61 dell'11 aprile 2020.

ed è funzionale ad assicurare la continuità delle attività e delle filiere non sospese in forza della citata Ordinanza del Ministro della Salute, nonché dei servizi di pubblica utilità e dei servizi essenziali;

l'attività in concreto consiste infatti nella produzione del seguente prodotto o servizio:

.....
.....
.....
.....
.....

{barrare la casella di interesse}

le imprese beneficiarie dei prodotti e/o servizi sopra descritti sono le seguenti (*indicare denominazione dell'impresa, sede legale e attività economiche svolte*)

.....
.....
.....
.....
.....

le Amministrazioni beneficiarie dei prodotti e/o servizi sopra descritti sono le seguenti (*indicare Amministrazione e sede legale*)

.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto si impegna a svolgere l'attività in conformità ai criteri e precetti contenuti nell'Ordinanza del Ministro della Salute, adottata d'Intesa con il Presidente della Regione Emilia Romagna il 3 aprile 2020 e prorogata con l'Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 61 dell'11 aprile 2020.

Il sottoscritto, ai fini del presente procedimento, elegge quale domicilio per le notificazioni il seguente indirizzo P.E.C, dell'impresa come risultante dal registro delle imprese e che è attivo e funzionante:

.....

e indica i seguenti recapiti telefonici:

Data e luogo,.....

Firma del dichiarante

.....