

 <p>Comune di Capannori COMUNE DI CAPANNORI</p> <p>Numero di Pratica _____ / _____</p>	<p>ATTIVITA' TEMPORANEA DI SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE</p> <p>SEGNALAZIONE CERTIFICATA d'inizio attività ex L.R. 28/2005 e s.m.i.</p> <p>E REGISTRAZIONE in materia di igiene dei prodotti alimentari ex DPGR n. 40/R/06 e s.m.i</p>	<p>Protocollo</p>
--	---	--------------------------

SCIA SOMMINISTRAZIONETEMP UNIFICATA CON ASL 16-05-11.doc

**ALLO SPORTELLO ATTIVITA' PRODUTTIVE
del Comune di Capannori**

QUADRO A

Il sottoscritto,

consapevole, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, delle conseguenze amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita Comune _____ Provincia _____
Stato _____

Residenza Comune _____ Provincia _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Permesso di soggiorno rilasciato da _____

per il seguente motivo _____ e valido fino a _____

Codice Fiscale _____,

In qualità di:

Titolare dell'omonima impresa individuale,

Partita I.V.A. _____

Con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Iscritta al n. _____ del Registro Imprese della Camera di Commercio di _____,

Legale Rappresentante della Società,

Denominazione o ragione sociale _____

Codice Fiscale _____ Partita I.V.A. _____

Con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Iscritta al n. _____ del Registro Imprese della Camera di Commercio di _____,

Presidente pro-tempore dell'Associazione/Circolo,

Denominazione _____

Codice Fiscale _____ Partita I.V.A. _____

Affiliata/o all'Ente nazionale _____

Con sede nel Comune di _____ Provincia _____

Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____,

QUADRO B Parte riservata al Comune

SEGNALA,

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 45 della L.R. 28/2005 e successive modifiche ed integrazioni,

che nei giorni _____
darà inizio all'attività di somministrazione di alimenti e bevande nell'ambito della manifestazione
denominata _____
che si svolgerà in _____,
organizzata dal Sig. _____ rappresentante della
Società/Impresa/Associazione/Consorzio/Ente _____
che ha accettato di accogliere l'attività di somministrazione in oggetto .

A tal fine dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti di onorabilità di cui all'art. 71 del D.lgs. n° 59/2010;**
- di essere a conoscenza che i requisiti di onorabilità di cui all'art. 71 del D.lgs. n° 59/2010** sono posseduti altresì dalle altre persone, soci amministratori di società e/o preposti all'attività, i cui nominativi sono elencati di seguito:

Sig. _____ nato a _____ il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____

(in alternativa a tale dichiarazione i singoli soci responsabili o preposti compilano l'allegato A)

➤ **riguardo i requisiti professionali di cui all'art. 71 co. 6) del D.lgs. 59/2010 dichiara che:**

- è esonerato dal possesso del requisito professionale** in quanto l'attività di somministrazione è svolta nell'ambito di manifestazioni a carattere religioso, benefico o politico e/o di manifestazioni organizzate dai soggetti di cui al d.lgs.460/1997 (Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale),

oppure ,

- i requisiti sono posseduti:**

- dal titolare, in caso di impresa individuale,
- dal legale rappresentante, in caso di società, associazioni o organismi collettivi,
- dal preposto, in caso di società, associazioni o organismi collettivi,

in quanto la persona sopra indicata :

- ha frequentato con esito positivo un corso di formazione professionale,** per il commercio, la preparazione o la somministrazione degli alimenti, istituito o riconosciuto dalle regioni o dalle province autonome _____ di _____ Trento _____ e _____ Bolzano
presso _____

(specificare l'ente organizzatore la sede , la data del corso e ogni altro elemento indispensabile per consentire l'acquisizione d'ufficio delle informazioni richieste)

- ha prestato la propria opera, per almeno due anni, anche non continuativi, nel quinquennio precedente,** presso imprese esercitanti l'attività nel settore alimentare o nel settore della somministrazione di alimenti e bevande, in qualità di dipendente qualificato, addetto alla vendita o all'amministrazione o alla preparazione degli alimenti, o in qualità di socio lavoratore, se trattasi di coniuge, parente o affine, entro il terzo grado, dell'imprenditore in qualità di coadiutore familiare, comprovata dalla iscrizione all'I.N.P.S.

specificare _____

- ha esercitato in proprio, per almeno due anni, anche non continuativi** l'attività di vendita o di somministrazione;

specificare _____

- è in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore** o di laurea, anche triennale, purché nel corso di studi siano previste materie attinenti al commercio, alla preparazione o alla somministrazione

specificare _____

- è stato iscritto al REC di cui alla legge 426/1971 per l'attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande o alla sezione speciale del medesimo registro per la gestione di impresa turistica, salvo cancellazione dal medesimo registro, volontaria o per perdita dei requisiti;
specificare n° iscrizione REC. _____ **dal** _____ **presso C.C.I.A.A. di** _____

Generalità del preposto			
Cognome _____	Nome _____		
Codice Fiscale _____			
Data di nascita _____	Cittadinanza _____		
Luogo di nascita _____	Comune _____	Provincia _____	
Stato _____			
Residenza _____	Comune _____	Provincia _____	
Via/P.zza _____		n. _____	
CAP _____		Tel. _____	
E-mail _____			
Permesso di soggiorno rilasciato da _____			
per il seguente motivo _____ e valido fino a _____			

Inoltre, in merito alla sicurezza dichiara che:

- è stata effettuata la valutazione dei rischi connessi alla sicurezza con particolare riferimento alle strutture allestite, all'impianto elettrico, alla prevenzione incendi e all'uso di gas combustibile, come risulta dalla relazione redatta da tecnico abilitato che si allega alla presente SCIA;
- la somministrazione si svolge nell'ambito di un pubblico spettacolo e per la valutazione dei rischi si rinvia al progetto unitario valutato dalla Commissione di vigilanza di Pubblico Spettacolo già presentato il Prot. n.;

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE PER IL COMUNE :

Obbligatoria

- Fotocopia dei documenti di identità in corso di validità dei sottoscrittori del presente modello e dei suoi eventuali allegati (necessarie in caso di firme non apposte in presenza del dipendente addetto);

se necessaria:

- Copia della certificazione attestante il possesso del requisito professionale (Attestati di frequentazione di corsi riconosciuti, Diplomi di maturità e/o di laurea, Modelli CUD che documentino la prestazione di opera alle dipendenze altrui, ecc.), **da produrre solo in alternativa alle dichiarazioni rese;**
- Relazione redatta da tecnico abilitato attestante il rispetto di adeguate misure di sicurezza con particolare riferimento alle strutture allestite, all'impianto elettrico, alla prevenzione incendi e all'uso di gas combustibile;
- richiesta di inserimento nel calendario-programma annuale delle manifestazioni caratterizzate da attività temporanee di somministrazione (ALLEGATO B).

FIRMA

 (Non soggetta ad autenticazione ove apposta in presenza del dipendente addetto, ovvero in caso di istanza presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore)

**DICHIARAZIONE RESA DA PERSONA RESPONSABILE
AI SENSI DELL'ART. 2 COMMA 3 DEL D.P.R. 252/1998
(Solo per Società/Imprese/Associazioni/Consorzi)**

Il sottoscritto,

consapevole, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, delle conseguenze amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Cittadinanza _____
 Luogo di nascita Comune _____ Provincia _____
 Stato _____
 Residenza Comune _____ Provincia _____
 Via/P.zza _____ n. _____
 CAP _____ Tel. _____ Fax _____
 E-mail _____
 Permesso di soggiorno rilasciato da _____
 per il seguente motivo _____ e valido fino a _____
 Codice Fiscale _____,
 In qualità di _____

DICHIARA:

- ◆ e di essere in possesso dei requisiti di onorabilità di cui all'art. 71 del D.lgs. n. 59/2010

INFORMATIVA PER L'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI

Dichiara altresì:

- di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196/2003), che i dati personali forniti saranno raccolti presso il Comune di Capannori – Ufficio SUAP ai fini della gestione del presente procedimento;
- che il conferimento dei dati ha natura obbligatoria ai fini dell'adozione del provvedimento finale;
- che il trattamento dei dati personali avverrà, anche attraverso l'uso di strumenti informatici, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 11 del Codice in materia di protezione dei dati personali;
- di godere del diritto di accesso ai dati, del diritto di rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in maniera non conforme alla legge, nonché del diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Capannori, _____

FIRMA

(Non soggetta ad autenticazione ove apposta in presenza del dipendente addetto, ovvero in caso di istanza presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore)

**RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL CALENDARIO PROGRAMMA
ANNUALE DELLE MANIFESTAZIONI CARATTERIZZATE DA
ATTIVITÀ TEMPORANEE DI SOMMINISTRAZIONE.**

Il sottoscritto,

consapevole, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, delle conseguenze amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Cittadinanza _____
 Luogo di nascita Comune _____ Provincia _____
 Stato _____
 Residenza Comune _____ Provincia _____
 Via/P.zza _____ n. _____
 CAP _____ Tel. _____ Fax _____
 E-mail _____
 Permesso di soggiorno rilasciato da _____
 per il seguente motivo _____ e valido fino a _____
 Codice Fiscale _____,

in qualità di responsabile della manifestazione denominata _____

per la quale è stata:

- rilasciata l'autorizzazione per pubblico spettacolo n. _____ in data _____;
- richiesto il rilascio dell'autorizzazione per pubblico spettacolo in data _____;

CHIEDE

l'inserimento nel calendario programma annuale delle manifestazioni caratterizzate da attività temporanee di somministrazione per l'anno _____

Capannori, _____

FIRMA

(Non soggetta ad autenticazione ove apposta in presenza del dipendente addetto,
 ovvero in caso di istanza presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché
 non autenticata, di documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore)

Parte riservata all'Azienda ASL n.2

*Il sottoscritto COMUNICA
ai fini della registrazione in materia di igiene dei prodotti alimentari
ai sensi del d.p.g.r. n. 40/R/06*

DI INIZIARE

QUADRO C

L'ATTIVITA' DI SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE A CARATTERE TEMPORANEO

Denominazione della Manifestazione _____

Durata: dal _____ al _____ /indicare i giorni _____

Indicare il luogo della manifestazione:

Comune di _____ Loc. _____

Via / Piazza _____ n° _____

Immobile distinto al Catasto sul Foglio n. _____ Mapp. _____ sub. _____

Nell'ambito dell'attività di _____

(indicare eventuale atto autorizzatorio) _____

Indicare la categoria corrispondente alla/e preparazione/i che si intende/intendono effettuare:

L'ATTIVITA' SOPRA INDICATA RIGUARDA LE SEGUENTI SOSTANZE/PRODOTTI ALIMENTARI:

- preparazione di generi di caffetteria-alimenti liquidi quali caffè, tè, ecc. o spremute, frullati ed analoghi
- preparazioni semplici, senza farcitura: ad es. bruschette, bomboloni senza ripieno, pasta fritta, necci, ecc.
- preparazioni semplici, con farcitura: ad es. preparazione di panini, farcitura di pizze, focacce e simili
- preparazione per la somministrazione di alimenti precucinati provenienti da laboratori autorizzati
in questo caso va specificato nella relazione allegata:
 - se si tratta di preparazioni che vengono acquistate calde, refrigerate, congelate o surgelate
 - se si tratta di preparazioni in contenitori monouso/monoporzione o pluriporzione
 - le modalità di conservazione dopo l'acquisto
 - le operazioni che si rendono necessarie per la loro somministrazione
 - le operazioni successive alla somministrazione qualora non vengano usati piatti e stoviglie monouso
 - l'area o la zona dell'esercizio utilizzato per la somministrazione
- somministrazione di alimenti e bevande comunque conservate provenienti da laboratori autorizzati
- preparazione di generi gastronomici diversi (**pasti completi**) con esclusione di produzione di pasta fresca, pasta fresca con ripieno e/o pasticceria fresca

QUADRO D

COMUNICA ALTRESI'

(barrare una delle seguenti voci)

- 1. che i locali e le attrezzature destinate all'esercizio dell'attività rispondono ai requisiti di cui al Regolamento CE 852/04, al Regolamento CE 178/02 ed ai principi contenuti nella L. 283/62, nel DPR 327/80, nell'Ordinanza 3 Aprile 2002 e succ. modif. (requisiti igienico-sanitari per il commercio dei prodotti alimentari sulle aree pubbliche).**
- 2. che i locali e/o i mezzi e/o le attrezzature destinate all'esercizio dell'attività non sono conformi agli indirizzi di cui sopra per i seguenti punti:**

.....
.....

relativamente ai quali si intendono adottare gli adempimenti atti alla gestione del rischio come da relazione tecnica allegata.

QUADRO E

DICHIARA

di essere a conoscenza degli obblighi imposti dall'art. 5 del Regolamento C.E. n. 852/2004 in materia di predisposizione, attuazione e mantenimento di procedure basate sui principi del sistema H.A.C.C.P. e di quanto stabilito da tutte le altre normative in materia;

che la documentazione allegata costituisce parte essenziale ed integrante della presente notifica;

di essere informato che la presente comunicazione non sostituisce altri eventuali atti ai fini dell'avvio dell'attività;

Che l'attività avrà effettivamente inizio dalla data del _____ che sarà successivamente confermata o differita con apposita comunicazione.

QUADRO F

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA PER L'ASL DA ALLEGARE (IN TRIPLICE COPIA)

1. **Planimetria dei locali** dove viene svolta l'attività oggetto della presente notifica in scala adeguata e preferibilmente 1:100, firmata dal titolare o dal legale rappresentante – indicare l'ubicazione dei locali di preparazione, dei locali o aree di somministrazione e di deposito, e, per ogni locale, la destinazione d'uso, la superficie, l'altezza, le superfici aeroilluminanti e la disposizione delle attrezzature principali (lay-out); indicare le modalità di approvvigionamento idrico (se l'approvvigionamento idrico non avviene mediante allacciamento al pubblico acquedotto è obbligatorio allegare analisi chimiche e microbiologiche attestanti la potabilità dell'acqua ai sensi del decreto legislativo 2 febbraio 2001 n. 31 di attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano) e lo schema degli scarichi dei reflui. Nella planimetria dovranno essere indicati i servizi igienici per il personale e per il pubblico.
2. **Relazione tecnica indicante le modalità della gestione del rischio** (solamente per le attività non conformi alle linee guida – si veda precedente QUADRO C PUNTO 2)
3. Ricevuta del versamento dei diritti di istruttoria secondo il vigente tariffario da effettuarsi su bollettino di c.c.p. n. 14896559 intestato a Azienda USL 2 Lucca Servizio Tesoreria

N.B.: Se presso gli uffici del Comune e/o dell'Azienda USL esiste agli atti una planimetria aggiornata, il richiedente può presentare in alternativa una dichiarazione da lui stesso firmata ed attestante che "nulla è cambiato rispetto alla planimetria presentata in data _____, prot. n. _____"

INFORMATIVA PER L'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI

Dichiara altresì:

- ◆ di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196/2003), che i dati personali forniti saranno raccolti presso il Comune di Capannori – Ufficio SUAP ai fini della gestione del presente procedimento;
- ◆ che il conferimento dei dati ha natura obbligatoria ai fini dell'adozione del provvedimento finale;
- ◆ che il trattamento dei dati personali avverrà, anche attraverso l'uso di strumenti informatici, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 11 del Codice in materia di protezione dei dati personali;
- ◆ di godere del diritto di accesso ai dati, del diritto di rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in maniera non conforme alla legge, nonché del diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Capannori, _____

FIRMA

(Non soggetta ad autenticazione ove apposta in presenza del dipendente addetto, ovvero in caso di istanza presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore)

N.B.: Si ricorda che la presente segnalazione certificata di inizio attività in materia di igiene dei prodotti alimentari non serve per dichiarare:

- 1) la sicurezza dell'impianto elettrico,
- 2) la sicurezza dell'impianto idraulico,
- 3) la sicurezza dei luoghi con pericolo d'esplosione e incendio,
- 4) l'idoneità dei locali da un punto di vista edilizio,

certificazioni che dovranno comunque essere in possesso del titolare della Ditta al momento dell'avvio dell'attività.

DIRITTI AZ USL N2

Z34	Registrazione imprese del settore alimentare, comprese SCIA per modifica attività e per cambi di ragione sociale	Reg. CE 852/2004 e DPGR 40/R 2006	18,88		F.C. IVA
-----	--	-----------------------------------	-------	--	----------

TABELLE DI INDIRIZZO-LINEE GUIDA
e Norme igienico sanitarie di riferimento
per i responsabili della manifestazione

DATI RELATIVI AGLI ALIMENTI

<input type="checkbox"/> preparati	<input type="checkbox"/> somministrati/distribuiti	<input type="checkbox"/> venduti
.....		
<input type="checkbox"/> somministrati	<input type="checkbox"/> sporzionati	<input type="checkbox"/> venduti ma preparati in altra sede autorizzata
.....		
<input type="checkbox"/> Presenza di: <input type="checkbox"/> deposito interno alla struttura <input type="checkbox"/> mezzo <input type="checkbox"/> celle/frigoriferi/deposito esterno alla struttura <input type="checkbox"/> Approvvigionamento degli alimenti: <input type="checkbox"/> giornaliero <input type="checkbox"/> periodico ogni ____ giorni <input type="checkbox"/> altro _____ <input type="checkbox"/> La merce deperibile è conservata alle temperature previste dalla legge, in apparecchiature frigorifere provviste di termometro a lettura esterna <input type="checkbox"/> Esiste una conservazione in regime di caldo con scaldavivande a temperatura >65°C <input type="checkbox"/> Tutti i fornitori dei prodotti alimentari (materie prime/prodotti finiti preparati/somministrati/distribuiti/venduti/sporzionati) sono in possesso di regolare documentazione relativa a A.S., DIA, Piano di autocontrollo e formazione o altre certificazioni previste <input type="checkbox"/> Indicare gli estremi del fornitore dei pasti in caso di cene/colazioni di durata limitata al fine settimana con solo <input type="checkbox"/> sporzionamento <input type="checkbox"/> somministrazione <input type="checkbox"/> Modalità di trasporto pasti Dati anagrafici del fornitore Sede del laboratorio/cucina Autorizzazione sanitaria n. del Comune DIA		

REQUISITI STRUTTURALI ALL'INTERNO DI UNA COSTRUZIONE STABILE

<p>Gli alimenti sono: <input type="checkbox"/> preparati <input type="checkbox"/> sporzionati <input type="checkbox"/> somministrati <input type="checkbox"/> altro _____</p> <input type="checkbox"/> Struttura tipo cucina/laboratorio chiusa su 4 lati e coperta <input type="checkbox"/> Altezza almeno 2,70 m. <input type="checkbox"/> Superfici aeroilluminanti idonee <input type="checkbox"/> Presenza di bancone somministrazione/passavivande con parte superiore dotata di chiusura amovibile da apporsi in fase di non utilizzo <input type="checkbox"/> Cucina/laboratorio sufficientemente ampi da contenere tutte le attrezzature necessarie e da consentire agevolmente il lavoro del personale <input type="checkbox"/> pavimenti e pareti lavabili e sanificabili <input type="checkbox"/> Aperture sull'esterno dotate di dispositivi antinsetto <input type="checkbox"/> Piani di lavoro lavabili e sanificabili <input type="checkbox"/> Presenza di lavello per lavaggio stoviglie con erogatore di acqua a comando non manuale, erogatore di sapone liquido e asciugamani monouso <input type="checkbox"/> Presenza di almeno un lavello per lavaggio alimenti <input type="checkbox"/> Punti cottura dotati di idoneo sistema di captazione dei fumi convogliati al di sopra del tetto <input type="checkbox"/> Lavastoviglie in caso di piatti, bicchieri e posate non monouso <input type="checkbox"/> Piatti bicchieri e posate monouso <input type="checkbox"/> Presenza di zona griglia <input type="checkbox"/> La zona griglia è dotata di pavimentazione lavabile <input type="checkbox"/> La zona griglia è coperta e protetta dall'ingresso di insetti e roditori <input type="checkbox"/> Presenza di locale o armadi per il deposito degli alimenti <input type="checkbox"/> N. addetti alle preparazioni alimentari (in cucina) <input type="checkbox"/> N. posti tavola <input type="checkbox"/> elenco altri stands con requisiti igienico-sanitari non previsti nell'elenco

ZONA SOMMINISTRAZIONE

<input type="checkbox"/> presenza di locale/zona sufficientemente ampia <input type="checkbox"/> presenza di eventuale copertura <input type="checkbox"/> superficie di calpestio lavabile (?) <input type="checkbox"/> sufficiente illuminazione <input type="checkbox"/> presenza di tavoli con superfici lavabili <input type="checkbox"/> presenza di contenitori per i rifiuti con apertura e chiusura non manuale <input type="checkbox"/> idonea separazione fra servizi igienici e locale/zona somministrazione

APPROVVIGIONAMENTO IDRICO

- allacciamento a pubblico acquedotto
 - è stata effettuata un'analisi di routine
- pozzo privato esistente
 - si allega esame dell'acqua al rubinetto non anteriore a 3 mesi, con analisi di verifica completa microbiologica e chimica (allegato obbligatorio) nota 7
- presenza di serbatoio/cisterna a norma di legge
 - si allega esame acqua in uscita
- presenza di impianto di trattamento dell'acqua (addolcitore, cloratore, ecc.)
 - si allega esame acqua in uscita dall'impianto non anteriore a 3 mesi (controlli in base al tipo di approvvigionamento idrico, sempre comunque un'analisi microbiologica di verifica) nota 8

PIANO DI AUTOCONTROLLO

- il responsabile del Piano di autocontrollo è il Sig., residente a Tel.
- il responsabile del Piano di autocontrollo ha effettuato la formazione/aggiornamento in data.....
- è presente il Piano di autocontrollo
- tutto il personale ha effettuato la formazione come previsto dalla D.G.R.T. 1388/04
- il responsabile del PAC e gli addetti alle preparazioni alimentari hanno effettuato la formazione (4 unità formative)
- il responsabile del Piano di autocontrollo e gli addetti alle preparazioni alimentari hanno effettuato l'aggiornamento ogni 5 anni (2 unità formative)
- i restanti addetti alla distribuzione hanno effettuato l'addestramento (2/4 ore)
- si allega attestato formazione del responsabile del Piano di autocontrollo e degli addetti alle preparazioni alimentari (allegato obbligatorio)
- si è provveduto alla predisposizione della procedura di rintracciabilità dei prodotti alimentari (allegata al piano) come previsto dal regolamento CE 178/02 (nota 9)

SERVIZI IGIENICI

- presenza di un servizio igienico dotato di acqua corrente ad uso esclusivo del personale, con porta a chiusura automatica, lavabo con erogatore di acqua a comando non manuale, erogatore di sapone liquido e asciugamani monouso, pavimenti e pareti lavabili (nota 8)
- presenza di numero adeguato di servizi igienici per il pubblico con lavabo dotato di erogatore di acqua a comando non manuale, erogatore di sapone liquido e asciugamani**