

An den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit des  
Gesundheitsbezirkes von \_\_\_\_\_

Tierärztlicher Dienst des Gesundheitsbezirkes von \_\_\_\_\_

REGISTRIERUNG DER LEBENSMITTELBETRIEBE

<b>Die/der Unterfertigte</b>		
<b>Nachname</b>	<b>Vorname</b>	
<b>Steuernummer</b>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum		
Geburtsort: Gemeinde	Provinz	Staat
Wohnsitz: Gemeinde	PLZ	Provinz
Straße/Platz		Nr.
Tel.	Mobiltelefon	Fax
e-mail		
In der Eigenschaft als: <input type="checkbox"/> Inhaber/in <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in		
<b>Firmenbezeichnung und/oder Gesellschaftsform</b> (z.B. „ROSSI KG“)	<b>Name des Betriebes (z.B. „BAR THEO“)</b>	
<b>Mehrwertsteuernummer</b>	<input type="text"/>	
Rechtssitz in der Gemeinde	PLZ	Prov.
Straße/Platz		Nr.
Tel.	Mobiltelefon	Fax
e-mail		
<b>Ort, an welchem die Tätigkeit ausgeübt wird<sup>1</sup> (falls verschieden vom Rechtssitz):</b>		
Gemeinde	PLZ	Prov.
Straße/Platz		Nr.
Tel.	Mobiltelefon	Fax
e-mail		

<sup>1</sup> Bitte füllen Sie für jeden einzelnen Betriebssitz ein eigenes Formular zur Meldung des Tätigkeitsbeginns aus.

**DIE/DER UNTERFERTIGTE GIBT IN BEZUG AUF DIE OBEN ANGEFÜHRTE TÄTIGKEIT  
FOLGENDES BEKANNT**

**BEGINN DER TÄTIGKEIT AM** \_\_\_\_\_

**ÄNDERUNG DER FIRMENBEZEICHNUNG \***

**ÄNDERUNG DER DATEN DES INHABERS ODER GESETZLICHEN VERTRETERS\***

**SCHLIESSUNG/AUFLASSUNG DER TÄTIGKEIT AB DEM** \_\_\_\_\_  
(Die Meldung der Schließung bedarf NICHT der Bezahlung des Tarifs)

**ÄNDERUNG DER ART DER HERGESTELLTEN UND/ODER VERTRIEBENEN LEBENSMITTEL**

**ÄNDERUNGEN AN RÄUMEN U/O ANLAGEN**

**ANDERES, ANFÜHREN** \_\_\_\_\_

**GENAUE BESCHREIBUNG DER ÄNDERUNGEN / DER NEUEN DATEN:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**\* Im Falle einer Meldung der Schließung des Betriebes, der Änderung der Firmenbezeichnung oder der Änderung der Daten des Inhabers/gesetzlichen Vertreters ist es nicht notwendig, mit dem Ausfüllen des vorliegenden Formulars weiterzufahren, sondern lediglich auf Seite 9 zu unterschreiben.**

**In allen anderen Fällen bitte auch die folgenden Seiten ausfüllen.**

**ANGABE DER KATEGORIE DER DURCHGEFÜHRTEN TÄTIGKEIT (eine oder mehrere Optionen)**

<b>Primärproduktion – Anbau von Obst und Gemüse</b>
Beschreibung

<b>Primärproduktion – Tierzucht (Rinder- Schweine- Schafe- Geflügel- Bienen- Fische- usw)</b>
Beschreibung

<b>Landwirtschaftliche Betriebe, die landwirtschaftliche Produkte (Lebensmittel) herstellen, verarbeiten und verkaufen.</b>
Beschreibung

<b>Agriturismus</b>
Beschreibung

<b>Produktion, Verarbeitung und Verpackung auf industrieller Ebene</b>
Beschreibung

<b>Produktion mit Direktverkauf – zum Mitnehmen (Gastronomie – „pizza al taglio“ - Konditoreien – Eisdiele – Metzgereien - usw)</b>
Beschreibung

<b>Lebensmittel- En-Gros-Handel und Großverteilung</b>
<b>Beschreibung</b>

<b>Lebensmittel - Detailhandel (auch e-commerce)</b>
<b>Beschreibung</b>

<b>Öffentliche Betriebe</b>
<b>Beschreibung</b>

<b>Mensa und kollektiver Ausschank</b>
<b>Beschreibung</b>

<b>Lebensmitteltransport für Dritte</b>
<b>Beschreibung</b>

<b>Anderes</b>
<b>Beschreibung</b>

**AUFLISTUNG DER LOKALE WELCHE DIE TÄTIGKEIT BETREFFEN:**

	<b>Fläche</b>	<b>Höhe</b>
1)	qm	m
2)	qm	m
3)	qm	m
4)	qm	m
5)	qm	m
6)	qm	m
7)	qm	m
8)	qm	m
9)	qm	m
10)	qm	m

**DER BETRIEB VERFÜGT WEITERS ÜBER:**

<b>MAGAZIN</b>	<b>NEIN</b>	<b>JA</b>	qm
<b>UMKLEIDERÄUME</b>	<b>NEIN</b>	<b>JA</b>	qm
<b>WC FÜR DIE KUNDEN</b>	<b>NEIN</b>	<b>JA</b>	
<b>WC FÜR DAS PERSONAL</b>	<b>NEIN</b>	<b>JA</b>	

**TRINKWASSERVERSORGUNG**

<b>ÖFFENTLICHES TRINKWASSERNETZ</b>	<b>NEIN</b>	<b>JA</b>
<b>PRIVATES TRINKWASSER</b>	<b>NEIN</b>	<b>JA</b>

## ERKLÄRT<sup>2</sup>

- dass die Räume und Nebenräume, die Geräte, Anlagen und die eventuellen Transportmittel die hygienischen Voraussetzungen gemäß den geltenden Gesetzesbestimmungen, im besonderen der Anlage II der EU-Verordnung 852/2004 erfüllen, und mit den beigelegten Lageplänen übereinstimmen;
- im Besitz der Bescheinigungen bzgl. Benützungsgenehmigung, Brandschutz, Eignung des Trinkwassers, Abwasserentsorgung, des korrekten Abzugs von Rauch und Dämpfen ohne Störung der Nachbarschaft, zu sein;
- in Kenntnis zu sein, dass ein individueller Eigenkontrollplan gemäß Verordnung 2004/852/EG erstellt werden muss;
- informiert zu sein, dass die vorliegende Meldung ausschließlich für die Registrierung gemäß der Verordnung 2004/852/EG gültig ist und nicht andere eventuelle Dokumente, welche Voraussetzung für den Beginn der Tätigkeit sind, ersetzt.
- eventuelle nachfolgende Änderungen zu den obenstehenden Erklärungen mitzuteilen und entsprechend zu dokumentieren, sowie die eventuelle Einstellung der Tätigkeit mitzuteilen.

## ERKLÄRT AUSSERDEM

unter eigener Verantwortung, dass keine Gründe für ein Verbot, einen Verlust oder eine Enthebung gegen ihn/sie laut Art. 10 des Gesetzes vom 31.05.1965, Nr. 575 und nachfolgende Änderungen vorliegen (Antimafiabestimmungen);

es ist ihm/ihr bekannt, dass im Sinne der Art. 75 und 76 des D.P.R. 445/2000 falsche Erklärungen und Falschurkunden strafrechtliche Folgen nach sich ziehen und eventuelle Begünstigungen, die aufgrund der Falscherklärungen erhalten wurden, hinfällig werden.

## Mitteilung gemäß Datenschutzgesetz (Gesetzesvertretendes Dekret Nr. 196/2003)

Rechtsinhaber der Daten ist der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen. Die übermittelten Daten werden vom Sanitätsbetrieb, auch in elektronischer Form, für die Erfordernisse der eingereichten Meldung verarbeitet. Verantwortlich für die Verarbeitung sind die Direktoren der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und des Tierärztlichen Dienstes des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen, jeder für seinen Bereich.

Die Daten werden weder anderen Subjekten mitgeteilt noch verbreitet.

Die Daten müssen bereitgestellt werden, um die angeforderten Verwaltungsaufgaben abwickeln zu können. Bei Verweigerung der erforderlichen Daten können die vorgebrachten Anforderungen oder Anträge nicht bearbeitet werden.

Die Antragstellerin oder der Antragsteller erhält auf Anfrage gemäß Artikel 7-10 des Gv.D. Nr. 196/2003 Zugang zu ihren/seinen Daten, Auszüge und Auskunft darüber und kann deren Aktualisierung, Löschung, Anonymisierung oder Sperrung, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, verlangen.

Ort und Datum

DER/DIE ERKLÄRENDE<sup>3</sup>

<sup>2</sup>

<sup>3</sup> Die Unterschrift **muss nicht** beglaubigt werden. Falls nicht in Anwesenheit des zuständigen Beamten unterschrieben wird, ist es notwendig, eine Kopie des Personalausweises des/der Erklärenden beizulegen.

**ANLAGEN:**

- **Lagepläne** der Räumlichkeiten im Maßstab 1:100, 1:50 oder 1:25, die dem aktuellen Stand entsprechen mit Angabe von Nutzung und Nettofläche eines jeden Raumes.

- Kopie der Einzahlungsbestätigung für die Registrierung (€ 50,00) an den gebietsmäßig zuständigen Gesundheitsbezirk des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen:

1

Gesundheitsbezirk von **BOZEN**

Banküberweisung: **IBAN IT20 B032 4011 6106 5110 0928 736**

Post-Kontokorrent: **77368520**

Gesundheitsbezirk von **MERAN**

Banküberweisung: **IBAN IT46 S032 4011 6106 5110 0928 813**

Post-Kontokorrent: **77368660**

Gesundheitsbezirk von **BRIXEN**

Banküberweisung: **IBAN IT76 U032 4011 6106 5110 0928 999**

Post-Kontokorrent: **77368751**

Gesundheitsbezirk von **BRUNECK**

Banküberweisung: **IBAN IT62 Y032 4011 6106 5110 0929 151**

Post-Kontokorrent: **77368843**

