

Il sottoscritto _____ in qualità di Legale rappresentante
di _____
avente sede legale in via _____ n. _____
Comune di _____ Prov. _____ CAP _____
Partita IVA _____ Codice Fiscale _____
Codice CUA _____ Indirizzo posta PEC _____
Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____
Riferimento aziendale per i rapporti con Check Fruit _____
Tel: _____ Fax _____ e-mail: _____
Conferma l'adesione al sistema dei controlli IGP/DOP per il prodotto:

in qualità di:

☐ Azienda Agricola ☐ Intermediario ☐ Confezionatore ☐ Azienda agricola con vendita diretta

DICHIARA

- Che anche per l'anno in corso _____ desidera permanere nel Sistema dei controlli e di accettare le condizioni sottoscritte in sede di adesione al sistema dei controlli (Domanda di accesso al sistema dei controlli - Allegato 1).
- Di aver preso visione del Tariffario della IGP/DOP in oggetto e di accettare le quote previste per le attività di controllo e per eventuali audit supplementari
- Di essere in possesso di regolare registro trattamenti redatto ai sensi della norma cogente, correttamente compilato e di utilizzare formulati commerciali registrati sulla coltura.

DICHIARA INOLTRE

- ☐ Che **non sussistono variazioni** rispetto alle comunicazioni e documentazioni già in vostro possesso;
- ☐ Che **sussistono variazioni:**
- ☐ relative ai siti produttivi/stabilimenti già oggetto di certificazione
- ☐ relative ad eliminazione di siti produttivi/stabilimenti di stoccaggio/confezionamento e si richiede la riduzione della certificazione di conformità
- ☐ relative ad inserimento di nuovi siti produttivi/stabilimenti di stoccaggio/confezionamento e si richiede l'estensione della certificazione di conformità
- Pertanto si allega la seguente documentazione aggiornata:

- ☐ Allegato 3 - Scheda Colturale

☐ Allegato 2 - Elenco stabilimenti di confezionamento e/o stoccaggio temporaneo

☐ Fogli di mappa

☐ Copia dell'autorizzazione sanitaria e/o DIA

☐ Layout impianti

☐ Altro: _____

Indicazioni relative al pagamento e alla fatturazione (da compilare solo se i soggetti sono diversi dal soggetto richiedente)

In relazione all'attività di controllo sul prodotto IGP/DOP in oggetto, sotto la propria responsabilità,

si dichiara che il pagamento verrà effettuato da _____

e si chiede che la fattura venga emessa a _____

Data _____ Timbro e firma azienda _____

Per accettazione della delega:

Timbro e firma del soggetto delegato al pagamento _____

La conferma verrà valutata solo nel caso in cui tutte le informazioni sopra richieste siano presenti.