

CONTRIBUTO REDAZIONE PIANO DI AUTOCONTROLLO ALIMENTARE H.A.C.C.P.

DESTINATARI

Imprese iscritte agli Enti Bilaterali del Turismo della provincia di Como con fatturato annuo o un totale di bilancio annuo non superiore a 5 milioni di euro, che abbiano effettuato la redazione del piano di autocontrollo alimentare, in materia di igiene degli alimenti basato sui principi del sistema HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) ai sensi del Reg. CE 852/04.

IMPORTO DEL CONTRIBUTO

Contributo fino a euro 400,00 della spesa sostenuta - ammissibile una sola domanda da parte del medesimo richiedente per anno solare.

PERIODO DI COMPETENZA

Spesa sostenuta nel periodo compreso tra 17 dicembre 2024 e 17 dicembre 2025.

REQUISITI DI AMMISSIBILITA'

Il documento dovrà essere redatto secondo i contenuti e la forma prevista dalla normativa vigente.

TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Entro il 17 dicembre 2025.

CONDIZIONI GENERALI

- Per beneficiare del contributo l'azienda deve essere iscritta agli Enti Bilaterali del Turismo della provincia di Como ed essere in regola con il versamento dei contributi dovuti, riferiti ad almeno i dodici mesi precedenti la data di presentazione della domanda.
- L'evasione delle domande avviene seguendo l'ordine cronologico di presentazione. L'Ente Bilaterale competente eroga il contributo sino ad esaurimento delle risorse.
- In caso di richiesta di più prestazioni da parte della stessa azienda non saranno accettate più di quattro domande all'anno e il relativo contributo massimo annuo erogabile non potrà superare l'importo di euro 5.000,00.
- Le domande devono essere compilate in ogni parte, firmate dal legale rappresentante e munite di tutti gli allegati richiesti. Domande incomplete non saranno accettate.
- Le istanze potranno essere presentate nei seguenti modi: via e-mail info@entibilateralicomo.it, tramite pec entibilateralicomo@legalmail.it o presentate direttamente agli sportelli territoriali sindacali (sedi indicate sul sito).

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- copia della documentazione quietanzata attestante l'avvenuta redazione del manuale di autocontrollo alimentare;
- copia del manuale di autocontrollo alimentare;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio firmata dal legale rappresentante (vedi allegato);
- copia della carta d'identità del rappresentante legale.

CONTRIBUTO REDAZIONE PIANO DI AUTOCONTROLLO ALIMENTARE H.A.C.C.P.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome _____

IN QUALITA' DI TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA / SOCIETA'

ragione sociale _____

con sede legale in _____

prov. _____

via _____

n° _____

codice fiscale _____

partita IVA _____

telefono _____

fax _____

e-mail _____

Pec _____

PRESENTA DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI

contributo previsto in caso di acquisto di dispositivi di protezione individuale.

A tal fine allega:

- copia della documentazione quietanzata attestante l'avvenuta redazione del manuale di autocontrollo alimentare;
- copia del manuale di autocontrollo alimentare;
- copia della carta d'identità del rappresentante legale.

MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Si chiede che in caso di accettazione della domanda il contributo sia erogato tramite

BONIFICO BANCARIO BANCA _____

IBAN _____

INTESTATARIO _____

DATA _____

LOCALITA' _____

FIRMA LEGGIBILE _____

Informativa sintetica per il trattamento dei dati personali - art.13 Reg. UE 2016/679

I Suoi dati personali sono da noi trattati per comunicare con Lei ed erogare il contributo richiesto, in modo conforme alla normativa vigente e alla nostra Privacy Policy, che La invitiamo a consultare all'indirizzo www.entibilateralicomo.it. Il conferimento dei dati è facoltativo; tuttavia in mancanza di consenso al trattamento, non ci sarà possibile erogare il contributo richiesto.

I suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione. Potranno essere comunicati ad amministrazioni, organismi ed Enti Pubblici, in ragione di espresse disposizioni normative (es. Agenzia delle Entrate) e a professionisti o aziende nostri fornitori o consulenti, al fine di erogare il contributo richiesto e adempiere ai vigenti obblighi amministrativi, contabili, fiscali. Saranno conservati per il tempo strettamente necessario a dare esecuzione all'erogazione richiesta e adempiere gli obblighi di legge correlati e, in caso di suo consenso, per i cinque anni successivi. Eventuali dati particolari (sensibili) da lei riportati saranno trattati con consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche al fine di fornire specifici beni, prestazioni o servizi, ai sensi dell'art 9 comma 2 lett. a) del RGPD 679/2016. I dati personali non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'UE, nel rispetto del Capo V del Regolamento Europeo 679/2016. Per qualsiasi ulteriore informazione potrà rivolgersi al Titolare del Trattamento, a seconda della scelta pertinente, Ente Bilaterale del Terziario di Como oppure Ente Bilaterale del Turismo della provincia di Como – via Ballarini 12 - 22100 Como – tel. 031 2441 – e-mail: info@entibilateralicomo.it o al Responsabile per la Protezione dei Dati Personali Sig. Massimo Bruno contattabile agli stessi riferimenti. A tali soggetti Lei potrà rivolgersi in qualsiasi momento per esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ex Capo III RGPD 679/2016, in particolare il diritto di chiedere conferma dell'esistenza di dati personali e di accedervi, il diritto di chiederne l'integrazione, la rettifica, l'aggiornamento, la cancellazione, il diritto di opporsi al loro trattamento o di limitarlo per motivi legittimi, nonché il diritto di chiederne copia in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un dispositivo automatico. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, senza che ciò rechi pregiudizio alla liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. È possibile inoltre, presentare un reclamo all'autorità Garante della Privacy ai sensi degli Artt. 77 e ss Capo VIII del RGPD 679/2016.

Consenso informato

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, in qualità di interessato:

per la rilevazione e trattamento di dati particolari / sensibili

Presta il consenso

Nega il consenso

per la conservazione dei dati per 5 anni a partire dalla data di ricevimento

Presta il consenso

Nega il consenso

dell'erogazione richiesta

Data ____/____/____

FIRMA LEGGIBILE _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
ART. 19 E ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome _____

IN QUALITA' DI TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA / SOCIETA' _____

ragione sociale _____

con sede legale in _____

prov. _____

via _____

n° _____

consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- che la suddetta impresa ha un fatturato annuo e/o un totale di bilancio annuo non superiore a 5 milioni di euro.

Data ____/____/____

FIRMA LEGGIBILE