**MODULO DI RICHIESTA DI RINNOVO DI REGISTRAZIONE PER OPERATORI CHE SVOLGONO ATTIVITA’ DI ESPORTAZIONE DI PRECURSORI DI CATEGORIA 3**

(d.lgs. 24 marzo 2011, n.50)

Ministero della Salute

Ex DGDMF - Ufficio Centrale Stupefacenti

Via Ribotta n. 5 00144 Roma

PEC: [dgfdm@postacert.sanita.it](mailto:dgfdm@postacert.sanita.it)

Il sottoscritto ………………………………………….……………………………….……………....

nato il ……………………… a …………………………………………………................................

residente in ……………………………………………………………………………………………

in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta:………………………………………………………

con sede legale in………………………………………………………………………………………………

locale commerciale sito in………………………………………………………………………………………

Funzionario competente ……………………………………. nato a ……………………….il……………..

PEC………………………………………………………………………..telefono……………………………

e-mail responsabili (legale rappr./funzionario competente)……………………………………………………

in possesso della registrazione Progressivo n………………………… Codice REG/IT ………………………..

con validità…………………………………….......

chiede il rinnovo della registrazione per i seguenti precursori di cat 3:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sostanza | Codice NC | Indirizzo locali commerciali |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il sottoscritto allega alla presente la seguente documentazione :

1. Certificato d'iscrizione alla Camera di Commercio o autocertificazione del legale rappresentante da cui risulti il nominativo del titolare o del legale rappresentante, la ragione sociale e l'esatta ubicazione della società (come da modello in allegato 1)
2. Nome, coordinate, carica e mansioni del funzionario competente, se persona diversa dal titolare o legale rappresentante;
3. Dichiarazione di accettazione dell’incarico da parte del funzionario competente, se indicato al punto 2;
4. Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al casellario giudiziale del titolare o legale rappresentante dell'impresa, nonché del Funzionario competente;
5. Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione dei carichi pendenti della Procura della Repubblica presso il Tribunale di competenza del titolare o legale rappresentante, nonché del Funzionario competente;
6. Certificato o dichiarazione sostitutiva di certificazione di residenza e stato di famiglia del titolare o legale rappresentante, nonché della Funzionario competente;
7. Tariffa di euro 79,74 da pagare on line tramite la piattaforma del Ministero – Pagamenti Online integrato con la piattaforma PagoPa con causale “registrazione precursori di categoria 3”;
8. Due marche da bollo da euro 16,00 da pagare on line tramite la piattaforma del Ministero – Pagamenti Online integrato con la piattaforma PagoPa”. Si segnala che, come indicato dal Ministero delle Finanze, l'imposta di bollo può essere assolta anche acquistando il relativo contrassegno presso intermediario (tabaccaio) dell'Agenzia delle Entrate.

………….., li ……………..

Il legale rappresentante

(firma)

**N.B.** In caso di autocertificazione, è necessario allegare copia di un documento valido.

La modulistica in uso dell’autocertificazione deve prevedere l’espressa indicazione del richiamo alle sanzioni penali per chi rilascia false dichiarazioni e l’informativa prevista dall’art.10 della legge sulla privacy.

Allegato 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000**

Il/La sottoscritt\_ ………………………………………………………………………………………

nat\_ a …………………………….…… il ………………….. e residente in …………………….. …

via ………………………………….……….C.F. …………………………………………………….. titolare/legale rappresentate della ditta:

………………………………………….………………………………………….……………………

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- che la sopracitata azienda è iscritta alla Camera di Commercio di ………………………………… al n. di REA …………………….………… PEC:……………………………………………………..

- che la forma giuridica della stessa è Società è ……………………………………………………. con Capitale Sociale di € ………………………………………………………. ...interamente versato

- l’attività che svolge è la seguente:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….;

- che il numero di Partita I.V.A. è …………………………………………………….…….………..;

- che il legale rappresentante è ………………………….………………………………………….....

Nato in ……………………………………………………………..il giorno…………………………;

- che la sede legale della società è in ………………………………………………………………….

Via ……………………….……………………………………………………………………………;

- che la sede amministrativa è in ………………………………………………………………………

Via ……………………………………………………………………………………………….....…;

- che la sede operativa è in ………………………………………………………………………..…..

Via …………………………………………………………………………………………………….;

***Si allega fotocopia del proprio documento d’identità***

………………….lì………………. IN FEDE

Firma

Il sottoscritto è a conoscenza che il Ministero della Salute utilizzerà i dati contenuti nel presente atto per il perseguimento dei fini istituzionali della P.A.

Esente d’autentica di firma ai sensi dell’art.3, comma 10 della L. 127/97 ed esente dall’imposta di bollo ai sensi dell’art. 14 Tabella B del D.P.R. 642/72.