

ALLA PREFETTURA UTG di Rimini  
Via IV Novembre, 40,  
47921 - Rimini RN  
P.E.C.: protocollo.prefrn@pec.interno.it

OGGETTO: Comunicazione ai sensi dell'art. 2, lettera o) dell'Ordinanza del Ministro della Salute, adottata d'Intesa con il Presidente della Regione Emilia Romagna il 3 aprile 2020.

Il/La sottoscritto/a.....  
Nato/a a..... il.....,  
residente a..... in via....., n.....,  
Codice Fiscale.....  
in qualità di titolare/legale rappresentante  
dell'impresa denominata.....  
Codice Fiscale/Partita IVA .....

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art 495 e. p.) nonché consapevole delle sanzioni penali previste dall'alt. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole della conseguente decadenza dai benefici ottenuti a seguito della dichiarazione non veritiera,

**DICHIARA E COMUNICA QUANTO SEGUE**

l'attività in concreto svolta dall'impresa non rientra tra le attività già direttamente consentite dall'Ordinanza del Ministro della Salute, adottata d'Intesa con il Presidente della Regione Emilia Romagna il 3 aprile 2020 ;

la medesima attività rientra, invece, tra quelle indicate nell'art. 2, lettera o) dell'Ordinanza del Ministro della Salute, adottata d'Intesa con il Presidente della Regione Emilia Romagna il 3 aprile 2020 ed è funzionale ad assicurare la continuità delle attività e delle filiere non sospese in forza della citata Ordinanza del Ministro della Salute, nonché dei servizi di pubblica utilità e dei servizi essenziali;

l'attività in concreto consiste infatti nella produzione del seguente prodotto o servizio:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*{barrare la casella di interesse}*

le imprese beneficiarie dei prodotti e/o servizi sopra descritti sono le seguenti (*indicare denominazione dell'impresa, sede legale e attività economiche svolte*)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

le Amministrazioni beneficiarie dei prodotti e/o servizi sopra descritti sono le seguenti (*indicare Amministrazione e sede legale*)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto si impegna a svolgere l'attività in conformità ai criteri e precetti contenuti nell'Ordinanza del Ministro della Salute, adottata d'Intesa con il Presidente della Regione Emilia Romagna il 3 aprile 2020.

Il sottoscritto, ai fini del presente procedimento, elegge quale domicilio per le notificazioni il seguente indirizzo P.E.C, dell'impresa come risultante dal registro delle imprese e che è attivo e funzionante:

.....

e indica i seguenti recapiti telefonici:

Data e luogo,.....

Firma del dichiarante

.....