

Spettabile **CSQA Certificazioni**  
Via G. di Vittorio, 19  
43013 – Langhirano (PR)  
[parmadop@csqa.it](mailto:parmadop@csqa.it)

**OGGETTO: richiesta di riconoscimento per il Magazzino di Stagionatura, Laboratorio di Disossatura e/o Centro di Affettamento nel circuito della produzione tutelata della DOP Prosciutto di Parma**

Il/la sottoscritto/a<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

nella sua qualità di titolare/legale rappresentante<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

della Ditta: \_\_\_\_\_  
(ragione o denominazione sociale)

con sede in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(via, numero civico, CAP, località e provincia)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(via, numero civico, CAP, località e provincia)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

CUAA \_\_\_\_\_

Bollo CE \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_ Numero di fax \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta certificata (PEC) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Che lo stabilimento sito \_\_\_\_\_

(via, numero civico, CAP, località e provincia)

sia inserito nel piano dei controlli della DOP in qualità di<sup>3</sup>: par 5.4.5

Magazzino di Stagionatura     Laboratorio di Disossatura     Centro di Affettamento

A tale scopo allega:

- a) certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A. di competenza territoriale (emesso non oltre i tre mesi antecedenti la richiesta di riconoscimento);

<sup>1</sup> Nome e cognome del sottoscrittore

<sup>2</sup> Qualifica del sottoscrittore, che ne definisce i poteri di rappresentanza del richiedente

<sup>3</sup> In caso di riconoscimento per più ruoli si chiede di barrare le caselle corrispondenti. CSQA attribuirà un codice per ogni ruolo

- b) dichiarazione dell'ubicazione dello stabilimento (resa mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà rilasciata ai sensi della legge) attestante via e numero civico;
- c) planimetrie aggiornate che consentono la chiara identificazione del lay-out di processo e prodotto e del corrispondente riscontro rispetto alla sequenza delle fasi descritte dal Disciplinare della DOP;
- d) fotocopia dell'autorizzazione sanitaria, con riferimento all'attività per la quale viene chiesto il riconoscimento ai fini della DOP;
- e) fotocopia della disposizione di pagamento della tariffa per l'inserimento della Ditta nel piano dei controlli della DOP;
- f) schema descrittivo del proprio piano di rintracciabilità per l'esecuzione e la codificazione di tutti i procedimenti di competenza;
- g) elenco dei presumibili fornitori;
- h) dichiarazione con l'indicazione della persona o delle persone (ed eventuale/i sostituto/i) incaricata/e in modo continuativo di mantenere i contatti operativi con CSQA;
- i) fotocopia di un documento di riconoscimento valido del titolare o del legale rappresentante

#### **DICHIARA**

- di essere a conoscenza, di accettare ed osservare senza eccezione alcuna tutte le prescrizioni disposte dal piano dei controlli approvato dal MIPAAF;
- di essere a conoscenza, di accettare ed osservare il sistema tariffario approvato dal MIPAAF e a corrispondere a CSQA tutte le somme che gli saranno addebitate in applicazione del medesimo;
- di aver preso visione dell'informativa ex Art. 13 GDPR (General Data Protection Regulation) consultabile al sito [www.csqa.it/CSQA/Documenti/Privacy-Policy](http://www.csqa.it/CSQA/Documenti/Privacy-Policy);
- di essere in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla vigente legislazione;

#### **SI IMPEGNA**

- ad operare in conformità alle prescrizioni previste dal Disciplinare della DOP;
- a dare esecuzione a tutte indistintamente le prescrizioni impartite da CSQA in dipendenza del piano dei controlli che il medesimo è stato autorizzato a sviluppare nonché delle corrispondenti istruzioni e/o procedure operative;
- ad accettare i provvedimenti per il trattamento delle eventuali non conformità che CSQA accerterà in applicazione del piano dei controlli; l'Operatore può promuovere ricorso secondo le procedure previste dal Piano dei Controlli;
- ad autorizzare CSQA all'utilizzo dei dati acquisiti a proposito della propria attività per gli scopi connessi con l'esercizio del piano dei controlli;
- a comunicare formalmente a CSQA, entro 10 giorni lavorativi dal loro accadimento, tutte le modifiche sostanziali che pregiudicano lo stato di conformità del prodotto e del processo, la tracciabilità delle produzioni oltre alla titolarità degli obblighi e dei diritti;
- a fornire al personale di CSQA (ispettivo e/o in affiancamento) dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti negli ambiti in cui saranno destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza, in relazione alla propria attività (compresi i DPI previsti e disponibili), al fine di consentire lo svolgimento dei controlli in sicurezza.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
(località) (data)

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma

## Consenso al trattamento dei dati personali Regolamento (UE) n. 679/2016

Il/la sottoscritto/a<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

nella sua qualità di titolare/legale rappresentante<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

della Ditta: \_\_\_\_\_  
(ragione o denominazione sociale)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui ex art. 13 del Regolamento (UE) n. 679/2016, pubblicata sul sito internet [www.csqa.it](http://www.csqa.it);
- presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa?

Do il consenso

Nego il consenso

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa?

Do il consenso

Nego il consenso

- presta il suo consenso per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa?

Do il consenso

Nego il consenso

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa?

Do il consenso

Nego il consenso

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
(località) (data)

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma

<sup>1</sup> Nome e cognome del sottoscrittore

<sup>2</sup> Qualifica del sottoscrittore, che ne definisce i poteri di rappresentanza del richiedente