SI CHIEDE DI PRODURRE (AL COMPUTER) LA PRESENTE DICHIARAZIONE SU CARTA

INTESTATA DELL'IMPORTATORE (DESTINATARIO) RIPORTANTE IN CALCE IL LUOGO,

LA DATA, IL TIMBRO E LA FIRMA DEL RESPONSABILE.

**RICHIESTA RILASCIO NULLA OSTA PER COSMETICO FINITO**

*Spett.le*

MINISTERO DELLA SALUTE

UFFICIO DI SANITA' AEREA

AEREOPORTO DI ……………

Il sottoscritto, …………………………………………………….in qualità di legale rappresentante/delegato della Ditta/Società: ………………………………………………………………………………………………………….

Richiede il rilascio del Nulla Osta sanitario all’importazione della seguente merce:………………………………….

**Numero di AWB:**

**Riferimento fattura:**

**Nome commerciale del prodotto:**

**Numero di lotto:**

**Persona responsabile:**

I codici di registrazione al portale **CPNP** (art. 13 Reg. 1223/2009) sono: (*elencare codici*) ………………

Il confezionamento e l’etichettatura sono conformi alla normativa vigente

Dichiara che la merce sopraindicata sarà destinata a (vendita diretta, distribuzione all’ingrosso a Ditte autorizzate, omaggi, altro---*specificare con precisione*).

Il sottoscritto ………………………………………………e consapevole:

* Di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R. 445/2000)
* Di decadere dai benefici a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art.75 D.P.R. 445/2000)
* Che l’amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art 71 D.P.R. n. 445/2000)
* Che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.L.vo n. 196/2003)

**Data e luogo**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma leggibile e Timbro**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**