

SEZIONE 1 - DATI GENERALI

Questa Sezione va compilata in ogni sua parte con tutti i dati richiesti per l'Operatore che si iscrive al SISTRI.

1.1 DATI IDENTIFICATIVI

RAGIONE SOCIALE: _____

CODICE FISCALE: _____

1.2 SEDE LEGALE

INDIRIZZO: _____

NUMERO CIVICO _____ CAP: _____

COMUNE: _____

PROVINCIA: _____ REGIONE: _____

1.3 RAPPRESENTANTE LEGALE

NOME: _____

COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____

1.4 MODALITA' E RECAPITI DELLA PERSONA DA CONTATTARE PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALL'ISCRIZIONE

NOME: _____

COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____

indicare almeno una delle seguenti modalità di contatto

TELEFONO: _____

FAX: _____

E MAIL: _____ @ _____

1.5 NUMERO UNITA' LOCALI

In questa sezione va indicato il numero totale delle Unità Locali per le quali è richiesta l'iscrizione al sistema SISTRI, come descritto nel Decreto. Nel caso in cui la Sede Legale sia anche Sede Operativa va anch'essa conteggiata.

NUMERO DELLE UNITA' LOCALI: _____

NOTA: La Sezione 1 deve essere compilata una sola volta da parte dell'Operatore che si iscrive al SISTRI.

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'Operatore. Riportare i DATI IDENTIFICATIVI così come inseriti nella sottosezione 1.1

RAGIONE SOCIALE: _____ CODICE FISCALE: _____

SEZIONE 2 - DATI GENERALI RELATIVI ALLA SEDE LEGALE/OPERATIVA OPPURE ALLE UNITA' LOCALI (ove esistenti)

Questa sezione va compilata per ciascuna Unità Locale. Questa sezione va compilata anche nel caso in cui la Sede Legale sia anche la Sede operativa.

Per le informazioni relative agli Operatori che svolgono l'attività di raccolta e trasporto dei rifiuti la presente sezione è sostituita dalla sezione 3). I trasportatori in conto proprio (212, comma 8, del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152) devono compilare anche la sezione 3.

Nel caso in cui l'Operatore abbia indicato nella sottosezione 1.5 più Unità Locali, dovrà compilare più copie della Sezione in oggetto.

2.1 SEDE UNITA' LOCALE N°: _____ (indicare il numero progressivo dell'Unità Locale).

INDIRIZZO: _____

NUMERO CIVICO: _____ CAP: _____

COMUNE: _____

PROVINCIA: _____ REGIONE: _____

2.2 ASSOCIAZIONE IMPRENDITORIALE (facoltativo)

NOME: _____

SEDE: _____

Per gli Operatori iscritti ad una delle Associazioni imprenditoriali che preferiscano ritirare i dispositivi presso le Associazioni stesse, indicare il nome e la sede di tale associazione.

2.3 ULTERIORI DATI PER UNITA' LOCALE

NUMERO UNITA' LAVORATIVE: _____

Il numero di ULA (unità lavorative anno) di ciascuna unità locale è calcolato con riferimento al numero di dipendenti occupati mediamente a tempo pieno durante un anno; mentre i lavoratori a tempo parziale e quelli stagionali rappresentano frazioni di unità lavorative annue; ai precedenti fini l'anno da prendere in considerazione è quello dell'ultimo esercizio contabile approvato, precedente il momento della comunicazione dei dati.

2.4 MODALITA' DI RICHIESTA DEI DISPOSITIVI USB

Specificare se i dispositivi USB sono richiesti (barrare una ed una sola delle possibilità):

PER CATEGORIA DI ISCRIZIONE SEDE DELL'UNITA' LOCALE/OPERATIVA

PER CATEGORIA D'ISCRIZIONE DELL'UNITA' OPERATIVA

In questo caso indicare il numero di Unità Operative per cui si chiede il dispositivo Usb. Il numero di Unità Operative per i quali si chiede il dispositivo USB è: _____

2.5 NUMERO DI DISPOSITIVI USB RICHIESTI PER UNITA' LOCALE

Nel caso in cui una Unità Locale oppure una Unità Operativa eserciti più attività di cui all'Allegato II, l'Operatore è tenuto ad iscrivere l'Unità Locale oppure l'Unità Operativa per ciascuna categoria. Nel caso in cui tali attività siano delegate ai medesimi soggetti, l'Operatore ha la possibilità di richiedere un dispositivo USB unico per tutte le attività oppure un dispositivo USB diverso per ciascuna attività esercitata nell'Unità Locale o Unità Operativa.

DISPOSITIVO USB UNICO (Solo nel caso in cui siano indicati i medesimi delegati per Tutte le attività)

UN DISPOSITIVO USB PER CIASCUNA CATEGORIA

NOTA: La Sezione 2 deve essere compilata in tutte le sue parti (tranne la sottosezione 2.2, facoltativa). La Sezione 2 deve essere compilata per ciascuna Unità Locale che viene iscritta al SISTRI, fotocopiando il presente modulo.

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'Operatore. Riportare i DATI IDENTIFICATIVI così come inseriti nella sottosezione 1.1
RAGIONE SOCIALE: _____ | CODICE FISCALE: _____

SEZIONE 2A - DATI RELATIVI AL RILASCIO DEL DISPOSITIVO USB

Questa sezione deve essere compilata per ciascuna categoria esercitata dell'Unità Locale indicata nella sezione 2.1 oppure per ciascuna categoria di iscrizione dell'Unità Operativa che fa riferimento all'Unità Locale indicata nella sezione 2.1.

Nel caso di più categorie di iscrizione e di richiesta di più dispositivi USB, dovranno essere compilate più copie della sezione in oggetto, una per ciascuna categoria di iscrizione.

2A.1 INDICAZIONE DEL NUMERO PROGRESSIVO DELL'UNITA' LOCALE DI RIFERIMENTO (indicata nella sottosezione 2.1): _____

Indicare il numero progressivo dell'Unità Locale indicata nella sezione 2.1

2A.2 INDICAZIONE DEL NOME IDENTIFICATIVO DELL'UNITA' OPERATIVA:

(da indicare solo se nella sottosezione 2.4 è stato indicata la richiesta dei dispositivi USB per Unità Operativa)

Indicare un nome identificativo per l'Unità Operativa a cui si riferisce la Sezione 2A.

2A.3 CATEGORIE DI ISCRIZIONE:

Le Categorie d'Iscrizione sono quelle di cui all'Allegato II. Barrare una sola CATEGORIA. Nel caso di più Categorie per Unità Locale compilare più copie della Sezione 2A.

CATEGORIA: PRODUTTORI / DETENTORI

PRODUTTORI / DETENTORI DI RIFIUTI SPECIALI

TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI

RIFIUTI SPECIALI PERICOLOSI

RIFIUTI SPECIALI NON PERICOLOSI

NUMERO DI ADDETTI PER UNITA' LOCALE

<10 DA 11 A 50 DA 51 A 250 DA 251 A 500 >500

CATEGORIA: SMALTITORI / RECUPERATORI

DISCARICHE (D1, D5, D12) DEMOLITORI / ROTAMATORI FRANTUMATORI INCENERITORI (D19) IMPIANTI DI COINCENERIMENTO (R1)

IMPIANTI DI RECUPERO DI MATERIA (R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9) ATTIVITA' DI RECUPERO (R5, R10, R11, R12, R13) E DI SMALTIMENTO (D2, D3, D4, D6, D7, D13, D15) IMPIANTI DI TRATTAMENTO CHIMICO FISICO E BIOLOGICO (D8, D9)

IMPIANTI DI COMPOSTAGGIO E DI DIGESTIONE ANAEROBICA (R3)

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'Operatore. Riportare i DATI IDENTIFICATIVI così come inseriti nella sottosezione 1.1
 RAGIONE SOCIALE: _____ CODICE FISCALE: _____

TIPOLOGIA RIFIUTI GESTITI

QUANTITA' IN TONNELLATE / ANNO

	<1000	tra 1001 e 5000	tra 5.001 e 20.000	tra 20.001 e 50.000	tra 50.001 e 100.000	tra 100.001 e 250.000	tra 250.001 e 1.000.000	>1.000.000
RIFIUTI SPECIALI PERICOLOSI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIFIUTI SPECIALI NON PERICOLOSI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INERTI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIFIUTI URBANI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATEGORIA: ALTRO

CONSORZI
 INTERMEDIARI
 CENTRO RACCOLTA/PIATTAFORMA
 TERMINALISTI, OPERATORI LOGISTICI E RACCOMANDATARI MARITTIMI
 ASSOCIAZIONI IMPRENDITORIALI O LORO SOCIETA' DI SERVIZI

CATEGORIA: RIFIUTI SOLIDI REGIONE CAMPANIA

ABITANTI

	fino a 5.000	tra 5.001 e 20.000	tra 20.001 e 50.000	tra 50.001 e 100.000	tra 100.001 e 500.000	>500.000
COMUNI DELLA REGIONE CAMPANIA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2A.4 DELEGATI DELL'UNITA' LOCALE ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO

Delegato/i (Indicare fino ad un massimo di tre Delegati da associare al dispositivo elettronico).

NOME: _____

COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____

indicare almeno una delle seguenti modalità di contatto

TELEFONO: _____

FAX: _____

E MAIL: _____ @ _____

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'Operatore.
 Riportare il numero progressivo dell'Unità Locale di riferimento così come indicato nella sottosezione 2.1 / _____
 Riportare il nome Identificativo dell'Unità Operativa così come indicato nella sottosezione 2A.2

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'Operatore. Riportare i DATI IDENTIFICATIVI così come inseriti nella sottosezione 1.1

RAGIONE SOCIALE: _____ CODICE FISCALE: _____

NOME: _____

COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____

indicare almeno una delle seguenti modalità di contatto

TELEFONO: _____

FAX: _____

E MAIL: _____ @ _____

NOME: _____

COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____

indicare almeno una delle seguenti modalità di contatto

TELEFONO: _____

FAX: _____

E MAIL: _____ @ _____

NOTA: La Sezione 2A deve essere compilata in tutte le sue parti. La Sezione 2A deve essere compilata per ciascuna categoria di iscrizione nell'Unità Locale oppure Unità Operativa che fa riferimento all'Unità Locale indicata nella sezione 2.1.

Nel caso in cui si sia indicato solo nella sottosezione 2.5 UN DISPOSITIVO USB UNICO, i delegati devono essere gli STESSI per tutte le attività.

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'Operatore.

Riportare il numero progressivo dell'Unità Locale di riferimento così come indicato nella sottosezione 2.1 | _____ | _____ | _____

Riportare il nome identificativo dell'Unità Operativa così come indicato nella sottosezione 2A.2

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'Operatore. Riportare i DATI IDENTIFICATIVI così come inseriti nella sottosezione 1.1
RAGIONE SOCIALE: _____ | CODICE FISCALE: _____

SEZIONE 3 - ATTIVITA' DI RACCOLTA E TRASPORTO DEI RIFIUTI

La presente sezione va compilata solo dagli Operatori che effettuano l'attività di raccolta e trasporto di rifiuti che dovranno dotarsi di un solo dispositivo USB indipendentemente dal numero di Unità Locali dell'Impresa e di tanti dispositivi USB e Black Box quanti sono i veicoli adibiti al trasporto di rifiuti.

3.1 CATEGORIE D'ISCRIZIONE:

CATEGORIA

TRASPORTATORI

TRASPORTATORI CONTO PROPRIO (Iscritti all'Albo Nazionale Gestori Ambientali ai sensi dell'art. 212, comma 8, D.L.gs. 152/2006)

TIPOLOGIA RIFIUTI TRASPORTATI

RIFIUTI SPECIALI PERICOLOSI

RIFIUTI SPECIALI NON PERICOLOSI

QUANTITA' AUTORIZZATA (t/anno)

fino a 3.000 fino a 6.000 fino a 15.000 fino a 60.000 fino a 200.000 oltre 200.000

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATEGORIA

Popolazione complessivamente servita autorizzata

TRASPORTATORI RIFIUTI SOLIDI URBANI REGIONE CAMPANIA

fino a 5.000 tra 5.001 e 20.000 tra 20.001 e 50.000 tra 50.001 e 100.000 tra 100.001 e 500.000 >500.000

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.2 DELEGATI ASSOCIATI AL DISPOSITIVO ELETTRONICO DELLA SEDE LEGALE

Delegato/i (Indicare fino ad un massimo di tre Delegati da associare al dispositivo elettronico)

NOME: _____

COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____

indicare almeno una delle seguenti modalità di contatto

TELEFONO: _____

FAX: _____

E MAIL: _____ @ _____

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'Operatore. Riportare i DATI IDENTIFICATIVI così come inseriti nella sottosezione 1.1
RAGIONE SOCIALE: [] CODICE FISCALE: []

NOME: []
COGNOME: []
CODICE FISCALE: []
indicare almeno una delle seguenti modalità di contatto
TELEFONO: []
FAX: []
E MAIL: [] @ []

NOME: []
COGNOME: []
CODICE FISCALE: []
indicare almeno una delle seguenti modalità di contatto
TELEFONO: []
FAX: []
E MAIL: [] @ []

3.3 NUMERO DI DISPOSITIVI USB PER I VEICOLI DI TRASPORTO

NUMERO DI DISPOSITIVI USB PER I VEICOLI: []

L'Operatore dovrà dotarsi di un dispositivo USB per ciascun veicolo adibito al trasporto dei rifiuti iscritto all'Albo Nazionale dei Gestori Ambientali.

NOTA: La Sezione 3 deve essere compilata in tutte le sue parti.