

## MODULO D'ISCRIZIONE AL SISTRI N°2

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello in modo leggibile in ogni sua parte

### SEZIONE 1 - DATI GENERALI

Questo modulo contiene Dichiarazioni Sostitutive rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 - Testo Unico sulla documentazione amministrativa.

Il sottoscrittore è consapevole delle Sanzioni Penali e Amministrative previste dall'art. 76 del Testo Unico in caso di dichiarazioni false, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.

Il sottoscrittore dichiara di rendere i dati sotto la propria responsabilità ed è consapevole che i dati predetti saranno sottoposti ai controlli previsti dall'art. 71 del Testo Unico.

#### 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.

## 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'UNITÀ 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'UNITÀ OPERATIVA:

\_\_\_\_\_

(da indicare solo se nella sottosezione 2.4 è stata 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 UNITÀ LOCALE

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

              

              

#### CATEGORIA: SMALTITORI / RECUPERATORI

DISCARICHE (D1, D5, D12)

DEMOLITORI / ROTTAMATORI

FRANTUMATORI

INCENERITORI (D10)

IMPIANTI DI COINCENERIMENTO (R1)

IMPIANTI DI RECUPERO DI MATERIA (R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9)

ATTIVITÀ 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 <input type="checkbox"/>	INTERMEDIARI <input type="checkbox"/>	CENTRO RACCOLTA/PIATTAFORMA <input type="checkbox"/>	TERMINALISTI, OPERATORI LOGISTICI E RACCOMANDATARI MARITTIMI <input type="checkbox"/>	ASSOCIAZIONI IMPRENDITORIALI O LORO SOCIETA' DI SERVIZI <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---------------------------------------	--	---	--

### 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

##### 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
RIFIUTI SPECIALI PERICOLOSI	<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"/>

##### CATEGORIA

##### Popolazione complessivamente servita autorizzata

		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
TRASPORTATORI RIFIUTI SOLIDI URBANI REGIONE CAMPANIA	<input type="checkbox"/>	<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.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE: \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi del art. 38 D.P.R. - n.445/2000.