

MODULO D'ISCRIZIONE AL SISTRI N°1

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

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.

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

TIPOLOGIA RIFIUTI PRODOTTI

RIFIUTI SPECIALI PERICOLOSI	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

RIFIUTI SPECIALI NON PERICOLOSI	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------

NUMERO DI ADDETTI PER UNITÀ LOCALE

<10	DA 11 A 50	DA 51 A 250	DA 251 A 500	>500
<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: SMALTITORI / RECUPERATORI

DISCARICHE (D1, D5, D12)	<input type="checkbox"/>	DEMOLITORI / ROTTAMATORI	<input type="checkbox"/>	FRANTUMATORI	<input type="checkbox"/>	INCENERITORI (D10)	<input type="checkbox"/>	IMPIANTI DI COINCENERIMENTO (R1)	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

IMPIANTI DI RECUPERO DI MATERIA (R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9)	<input type="checkbox"/>	ATTIVITÀ DI RECUPERO (R5, R10, R11, R12, R13) E DI SMALTIMENTO (D2, D3, D4, D6, D7, D13, D15)	<input type="checkbox"/>	IMPIANTI DI TRATTAMENTO CHIMICO FISICO E BIOLOGICO (D8, D9)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

IMPIANTI DI COMPOSTAGGIO E DI DIGESTIONE ANAEROBICA (R3)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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: _____

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)

		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

		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 VEICOLI ADIBITI AL TRASPORTO DEI RIFIUTI PER I QUALI SI RICHIEDONO I DISPOSITIVI (USB E BLACK BOX)

NUMERO DI VEICOLI PER IL TRASPORTO: | _____ |

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

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dal Titolare del trattamento stesso, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e pubblicata sul sito www.sistri.it, nella sezione "Documenti"; di essere consapevole della tipologia dei dati che saranno trattati e delle finalità del trattamento, nonché di aver preso atto che il conferimento dei dati predetti ha natura obbligatoria.

DATA | _____ | FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE | _____ |

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