

|                                                    |                                       |                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| Documento:<br>domanda di adesione<br>filiera SQNBA | Cod. documento: DCF_BA_V              | Redatto da: RCO    |
|                                                    | N° e data revisione: 1 del 01/08/2025 | Verificato da: RAQ |
|                                                    |                                       | Approvato da: DTO  |
|                                                    |                                       | Pagina 1 di 2      |

**DOMANDA DI ADESIONE - FILIERA  
“SISTEMA NAZIONALE DI BENESSERE ANIMALE SQNBA”**

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ragione sociale (*)</b>                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indirizzo sede legale (*)</b>                                                                                                           | Via/Piazza _____, N° _____ CAP _____,<br>Città _____ (PROV.) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indirizzo sede operativa (*)</b>                                                                                                        | Via/Piazza _____, N° _____ CAP _____,<br>Città _____ (PROV.) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Partita IVA (*)</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Codice fiscale (*)</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Tipo domanda</b>                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Prima richiesta<br><br><input type="checkbox"/> Trasferimento da altro OdC _____ (nome OdC)*<br><br><small>* In caso di precedente revoca della certificazione non è possibile presentare una nuova domanda prima che siano trascorsi sei mesi dal provvedimento ed è necessario accertare che siano state risolte le cause di non conformità.</small> |
| <b>Estremi relativi all'attività di riconoscimento (approval number) o di registrazione (protocollo e data della notifica di attività)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Fase o fasi di interesse nella filiera coinvolta</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Descrizione dell'azienda, della sua organizzazione, delle attività svolte e del numero di animali/volumi trattati</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Attività affidate in subappalto di cui l'operatore rimane responsabile</b>                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Tipo di certificazione</b>                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Singola <input type="checkbox"/> Gruppo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**La presente domanda di adesione è parte integrante del contratto**

**Nel caso di certificazione di gruppo, deve essere presentata la domanda indicando ogni Operatore del settore alimentare coinvolto secondo le modalità sopra riportate**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

titolare o legale rappresentante dell'Azienda su indicata, con la sottoscrizione della presente domanda si impegna a:

- comunicare all'OdC eventuali provvedimenti delle autorità competenti afferenti alla rintracciabilità;
- gestire e tenere costantemente aggiornate le informazioni necessarie ad attestare la rintracciabilità e l'identificazione dei prodotti ottenuti in tutte le fasi del processo produttivo;
- predisporre e applicare un piano di autocontrollo;
- conservare la documentazione e le registrazioni previste dal Decreto per un periodo minimo di 5 anni, fatti salvi eventuali maggiori tempi di conservazione previsti dalle vigenti norme;
- verificare il mantenimento della conformità di eventuali attività cedute in subappalto di cui rimane responsabile;
- consentire ogni forma di verifica da parte dell'OdC, senza o con preavviso;
- rilasciare il consenso all'utilizzo dei dati relativi alla propria attività per le finalità di controllo e certificazione;

|                                                    |                                       |                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| Documento:<br>domanda di adesione<br>filiera SQNBA | Cod. documento: DCF_BA_V              | Redatto da: RCO    |
|                                                    | N° e data revisione: 1 del 01/08/2025 | Verificato da: RAQ |
|                                                    |                                       | Approvato da: DTO  |
|                                                    |                                       | Pagina 2 di 2      |

- h) consentire l'accesso al proprio insediamento produttivo all'OdC, agli incaricati della vigilanza e di Accredia ai sensi delle normative per essi vigenti;
- i) mantenere nel tempo i requisiti previsti dal SQNBA;
- j) comunicare all'OdC ogni modifica intervenuta dopo il riconoscimento, entro 30 giorni dalla modifica stessa, con le modalità stabilite dall'OdC;
- k) comunicare all'OdC l'adeguamento per la risoluzione delle NC.

Per le forme associative il Responsabile del gruppo, inoltre, si impegna a:

- a) predisporre un sistema di autocontrollo interno, che deve essere valutato da Valoritalia attraverso periodiche verifiche documentali e/o ispettive svolte presso le strutture degli Operatori aderenti;
- b) gestire l'elenco degli Operatori aderenti a SQNBA;
- c) acquisire dagli operatori aderenti una dichiarazione di impegno ad assolvere gli obblighi del sistema di autocontrollo interno, sottoscrivendo un accordo, con ciascun operatore aderente, nel quale sono definiti compiti e responsabilità e l'impegno degli aderenti a sottoporsi ai controlli dell'Organizzazione.

**Data**

**L'Azienda (timbro e firma)**

---

---