ATTENZIONE MODELLO DA UTILIZZARE SOLO SE NON È PRESENTE NEL SITO DEL COMUNE DI COMPETENZA IL CORRISPETTIVO

L.R. 16/2000 FARMACIE
COMUNICAZIONI DI AVVIO ATTIVITA' NUOVA FARMACIA

Comunicazione da trasmette per indicare la data effettiva di inizio attività, dopo aver ottenuto l'Autorizzazione all'esercizio dell'attività di FARMACIA E SUBORDINATAMENTE ALL'ESITO POSITIVO DELL'ISPEZIONE DELLA ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34.

Spett.le SUAP Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese
Abetone Cutigliano – San Marcello Piteglio – Sambuca P.se

Privacy: *Nel compilare questo modello le chiederemo di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy, di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di privacy I dati vengono archiviati e trattati in modalità elettronica nel rispetto delle misure minime di sicurezza. L'interessato può esercitare i diritti di cui al citato Regolamento presentando richiesta direttamente presso lo Sportello Unico delle Attività Produttive*

Il Sottoscritto Cognome_____Nome_____

Nato/a a_____il_____(Prov.__)

cittadinanza_____Stato_____

Codice Fiscale (obbligatorio) |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

In qualità di (specificare se leg. Rapp. – titolare - altro): _____

della ditta _____

Codice Fiscale ditta |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

P.IVA |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

N Iscrizione REA_____di_____

Sede legale in Comune di _____Via/P.zza_____n.____ Prov._____

Pec:_____Tel._____

A seguito dell'ottenimento dell'autorizzazione N° _____del _____

all'esercizio di attività di FARMACIA E ALL'ESITO POSITIVO DELL'ISPEZIONE DELLA ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34 AVVENUTO IN DATA _____

Comunica

di iniziare l'attività di FARMACIA in data_____

DENOMINAZIONE: _____N°FARMACIA _____

posta in Comune di _____nei locali in Via/P.zza _____n°_____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy
Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa (semplificata e dettagliata) esposta sul sito istituzionale del SUAP dell'Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese a cui è rivolta la presente documentazione.

Data e luogo
_____

Firma del Dichiarante

_____

** Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità) N. B. In caso di **trasmissione telematica** con **firma digitale** non è necessario assolvere all'adempimento sopra scritto*