

ESCLUSIVAMENTE TRAMITE STAR

**ATTIVITA' DI VENDITA DEI FUNGHI EPIGEI SPONTANEI
COMUNICAZIONE DI VARIAZIONI**

(D.P.R. n.376/1995 – L.R. n.16/1999 – art.19 L. n.241/1990)

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) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Residente a _____ CAP _____ (Prov. _____)
Via/P.za _____ n. _____ cap _____

In qualità di (specificare se leg. Rapp., titolare, ecc.): _____

della ditta _____

Codice Fiscale ditta | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

P.IVA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

N Iscrizione REA _____ di _____

Sede legale in Comune di _____ Via/P.zza _____ n. _____ Prov. _____

Pec: _____ Tel. _____

Relativamente alla attività di vendita di funghi epigei spontanei avviata con **SCIA Prot.n.** _____

del _____ per l'attività di vendita di

[] Funghi FRESCHI [] funghi SECCHI SFUSI appartenenti alla specie boletus edulis

nella seguente ATTIVITÀ DI VENDITA DI PRODOTTI ALIMENTARI:

☐ COMMERCIO AL DETTAGLIO IN SEDE FISSA

☐ COMMERCIO ALL'INGROSSO

☐ COMMERCIO AL DETTAGLIO SU AREA PUBBLICA

☐ IMPRENDITORE AGRICOLO

ubicazione dell'esercizio:

Comune di _____ Via _____ n. _____

dati catastali: Foglio _____ Mapp.le _____ Sub _____

Destinazione d'uso _____ Dest. urbanistica di zona _____

Ubicazione del/dei posteggio/i del Comune di _____

Mercato/Fiera _____ posteggio n. _____

Mercato/Fiera _____ posteggio n. _____

Trasmette (ai sensi della L.R.T. n. 16/1999 – del D.P.R. n. 376/1995 – dell'art.19 L. n.241/1990)

☐ **VARIAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI VENDITA**

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

Dichiara che è intervenuto la seguente variazione all'attività

(decrivere) _____

☐ **VARIAZIONE DEL SOGGETTO IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI IDONEITÀ DI CUI ALL' ART. 20 L.R.T. N. 16/1999 O DI MICOLOGO (ART. 21, COMMA 2, L.R.T. N. 16/1999)**

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

DICHIARA che il requisito professionale per il riconoscimento delle specie fungine è posseduto:

[] dal Sottoscritto Titolare/legale rappresentante della attività di vendita, che al tal fine dichiara:

☐ **di essere in possesso**, ai sensi dell'art. 20 della L.R. 16/1999, dell'attestato di idoneità al riconoscimento delle specie fungine n° _____ rilasciato il _____ da _____

☐ **di essere in possesso** dell'attestato di micologo ai sensi del DM 29/11/1996 n. 686, n. *Iscrizione registro nazionale* _____

OPPURE

[] il requisito professionale per il riconoscimento delle specie fungine è posseduto dalla persona sotto generalizzata:

Nome _____ Cognome _____

C.F. _____ nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) via/piazza _____ n° _____

di cui si allega la dichiarazione di possesso dei requisiti (Allegato A)

Allega alla presente:

- ☐ Copia documento di identità del denunciante, in corso di validità (se non firmata digitalmente)
- ☐ Copia Attestato di Identità al riconoscimento delle specie fungine
- ☐ Copia Certificato di Micologo
- ☐ ALLEGATO A - dichiarazione sul possesso dei requisiti da parte del preposto alla vendita di
funghi freschi spontanei
- ☐ ALTRO _____

Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy

[X] 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 comunicazione.

Data e luogo

Firma del dichiarante

[] *Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.lgs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.*

ALLEGATO A - DICHIARAZIONE SUL POSSESSO DEI REQUISITI DA PARTE DEL PREPOSTO ALLA VENDITA DI FUNGHI FRESCHI SPONTANEI – se diverso dal titolare

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

C.F. /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Data di nascita |___|___|/|___|___|/|___|___|___| Cittadinanza _____

Sesso: M /___/ F /___/

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____ C.A.P. _____

in qualità di

PREPOSTO/A della

|___| Ditta individuale _____ in data _____

|___| Società _____ in data _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (art. 76 del DPR n. 445 del 2000 e Codice penale), sotto la propria responsabilità,

dichiara

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall' art. 71 della D. Lgs. n°59/2010 e dagli artt.11 e 92 TULPS
- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 della Legge 159/2011 e successive modifiche (antimafia)

nonché

[] di essere in possesso, ai sensi dell'art. 20 della L.R. 16/1999, **dell'attestato di idoneità** al riconoscimento delle specie fungine n° _____ rilasciato il _____ da _____

allegare l'attestato

[] di essere in possesso **dell'attestato di micologo** ai sensi del DM 29/11/1996 n. 686, n. Iscrizione registro nazionale _____ ***allegare l'attestato***

Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy

[X] 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 comunicazione.

Firma del dichiarante _____ *(Allegare Documento d'identità se non firmato digitalmente)*