

Trasmissione esclusivamente tramite portale regionale STAR**Cod. 47.73**

Al Servizio SUAP dell'Unione di Comuni Montani Appennino Pistoiese
 Per i COMUNI di **San Marcello Piteglio – Abetone Cutigliano – Sambuca Pistoiese**

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
 (R.D. N.1265/1934, L. 475/1968, L.n.362/1991, L.R.n.16/2000, D.Lgs. 1/2012)

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445)

RELATIVA A:

0	Codice	Nome attività	Oggetto
		APERTURA ED ESERCIZIO DI FARMACIE	<input type="checkbox"/> INIZIO DI ATTIVITA'

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE (unico dichiarante titolare unico o socio dichiarante)			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Cell	Cod. fisc.	
	Indirizzo email/pec			
	Iscritto all'Albo Professionale della Provincia di			

A2	IN QUALITA' DI			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale (vedi sez F)	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante della società (*) (vedi sez F + All1)		
A3	DELLA			
	Forma giuridica *	Denomin.**		
	Sede legale nel Comune di ***			Provincia
	Via/piaz.	N. civico	CAP	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA	Codice Fiscale		
	<i>Note:</i> * per concorso straordinario sedi ai sensi dell'art 11, comma 7, DL 1/12 : società SNC o ditta individuale ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1			

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	Telefono	Cellulare		
	Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata)*			
* Campo Obbligatorio				

INIZIO ATTIVITA'

DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA'					
Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno		
Comune		Prov.	CAP		
C	Altri eventuali ingressi del locale (specificare e n. civici)				
	Eventuale denominazione dell'insegna di esercizio				
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto* <input type="checkbox"/> Altro*		*Indicare i dati del proprietario dell'immobile		

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI dichiarazioni			
D	<input checked="" type="checkbox"/> che il fabbricato/unità immobiliare/terreno indicato al quadro C in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività.		
	<input checked="" type="checkbox"/> che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.)		
	<input type="checkbox"/> che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq		
	<input type="checkbox"/> di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato /unità immobiliare/terreni etc):		
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'			
Sede Farmaceutica n.		Comune di	
Denominazione della nuova FARMACIA			
Assegnata dalla Regione Toscana con Decreto Dirigenziale n. del , in seguito al <input type="checkbox"/> concorso straordinario per sedi farmaceutiche della Regione Toscana BURT <input type="checkbox"/>			
Inserito in un centro commerciale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Denominato	
Prov. N.	Data rilascio	Rilasciato da	Nel locale viene svolta altra attività: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI indicare con nota in calce
E	<input checked="" type="checkbox"/> che i locali in cui si svolgerà l'attività (sez C) sono situati nell'ambito della pianta organica/zona individuata dal Comune con Delibera recepita dal Decreto Regione Toscana pubblicato su BURT		
	<input checked="" type="checkbox"/> che i locali sono situati ad una distanza non inferiore a 200 metri da quelli di altre farmacie. La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie.		
	<input checked="" type="checkbox"/> che la farmacia, oggetto della richiesta di autorizzazione, è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità; ecc.;		
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver rispettato i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento a quanto previsto Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 7225 del 18/12/2002 Allegato B "Indirizzi tecnici di igiene edilizia per i locali e gli ambienti di lavoro";		
	<input checked="" type="checkbox"/> che l'attività verrà svolta nel rispetto delle destinazioni d'uso ed articolazione interna dei singoli locali/spazi (magazzini, area vendita, zona laboratorio etc etc) come da relazione e planimetria allegata		
	<input checked="" type="checkbox"/> che i locali sono dotati di sistema impiantistico ambientale che assicura la conservazione dei medicinali in continuo T = 20-25 °C, umidità U% = circa 50%		
	<input checked="" type="checkbox"/> che il locale (o zona) destinata all'allestimento delle preparazioni galeniche è conforme alle Norme di Buona Preparazione (NBP) della Farmacopea XII ed. e ss.mm. o al DM 18/11/2003 o NBP semplificate; a tal fine allega apposita dichiarazione circa la tipologia di preparazioni galeniche che si intendono eseguire per l'inquadramento dei requisiti previsti dalle NBP		
<input checked="" type="checkbox"/> che la Direzione della farmacia è affidata al dr.			
Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il

Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza	n.	
Codice fiscale (16 caratteri)		
<input checked="" type="checkbox"/> di garantire il rispetto della normativa vigente sulle Farmacie.		
<input checked="" type="checkbox"/> di concordare con l'Azienda Sanitaria, dopo aver ricevuto l'autorizzazione, aver provveduto a dotare la farmacia anche di tutti i medicinali necessari ed obbligatori, l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. 1265 del 1934, al cui esito positivo è subordinato l'avvio dell'attività		
<input checked="" type="checkbox"/> di comunicare all'Azienda Sanitaria, entro la data dell'ispezione di cui al precedente punto, il personale farmacista in attività presso la farmacia (attività dei soci e di collaboratori non soci)		
<input checked="" type="checkbox"/> di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività		

F	REQUISITI PERSONALI (VEDI ATTESTAZIONI ALLEGATO 1) *
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza ed in particolare
	<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;
	<input checked="" type="checkbox"/> che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. (Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011)
F1	<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____ ;
	di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia:
	<input type="checkbox"/> ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e sml
	<input type="checkbox"/> poiché iscritto all'Albo Professionale (concorso straordinario sedi ai sensi dell'art 11, comma 7, DL 1/12)
	<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere, come da dichiarazione al punto A2, in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.
	<input type="checkbox"/> di impegnarsi al mantenimento della titolarità per un periodo di dieci anni, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità (obbligo concorso straordinario se titolare unico)
	<input type="checkbox"/> di impegnarsi al mantenimento della società, su base paritaria, per un periodo di dieci anni, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità (obbligo concorso straordinario se società)
	* Ognuno dei soggetti che hanno potere di rappresentanza nella società, oppure i soggetti associati, compileranno la sezione "Autocertificazione dei requisiti soggetti morali" di cui Allegato 1 del presente modello.

G	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N. _____	Rilasciato da _____	Valida fino al _____
	* Specificare il motivo del rilascio		
H	TRATTAMENTO DATI PERSONALI Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy <input checked="" type="checkbox"/> 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 istanza		

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

[] 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

Allegati obbligatori

1. **Fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità).**
Per la trasmissione telematica con firma digitale non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.
2. **Modulo per la dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo**
3. **Copia avvenuto pagamento diritti Suap**
4. **Dichiarazioni di altre persone (allegato 1).** Per la trasmissione telematica con firma digitale non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento
5. **in caso di società: copia dell'atto costitutivo della società**
6. **Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature (*).**
7. **Planimetria in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali, compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio etc, con indicazione delle destinazioni d'uso, dello schema posizionamento delle attrezzature e degli arredi (*).**
8. **Modulo dichiarazione attività galenica per inquadramento requisiti locali ed attrezzature in base alle NBP (secondo disposizioni ASL)**
9. **In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.**
10. **Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse.**

() INDICARE CON PRECISIONE nelle planimetrie e nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali, superfici, altezze, rapporti aeroilluminanti, destinazioni d'uso in base alle attività che possono essere svolte in farmacia, le zone di lavoro e di stoccaggio dei medicinali (Etici, OTC, SOP, Vet, ASL, materie prime, O2, veleni, stupefacenti etc) e delle altre tipologie di prodotti non medicinali, spazi dedicati al confinamento degli scaduti/inesitabili separati per tipologie, sistema di controllo delle temperature ambientali (obbligo T 20-25 °C 24/24h) e dei frigoriferi (2-8 °C 24/24h) , procedure di autocontrollo etc**

N.B.

IN CASO DI SOCIETA' IL RILASCIO DELLA AUTORIZZAZIONE E' SUBORDINATA ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA COSTITUZIONE DELLA SOCIETA' e delle RELATIVE dichiarazioni sulle RISOLUZIONI DELLE INCOMPATIBILITA' DEI PARTECIPANTI PER IL DIRITTO DELLA TITOLARITA' SECONDO ART 7 e 8 L. 362/91

(*) per assegnazione a seguito di concorso straordinario sedi ai sensi dell'art 11, comma 7, DL 1/12

DOPO IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE L'AVVIO DELL'ATTIVITA' E' SUBORDINATA AL RILASCIO DI IDONEITA' IGIENICO SANITARIA ED ALL'ESITO POSITIVO DELL'ISPEZIONE DELLA ASL AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34

ALLEGATO N. 1 Autocertificazione dei requisiti soggettivi professionali, morali/antimafia a nome di altri soci e del Direttore della Farmacia

1	Primo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) <i>(Compilare le righe seguenti per cittadino straniero non comunitario)</i>			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
	DICHIARA			
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di			
	di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia: <input type="checkbox"/> ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni <input type="checkbox"/> poiché iscritto all'Albo Professionale <i>(concorso straordinario sedi ai sensi dell'art 11, comma 7, DL 1/12)</i>			
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;			
	<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;			
<input checked="" type="checkbox"/> che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011.				
<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere, come da dichiarazione al punto A2, in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.				
<input checked="" type="checkbox"/> di impegnarsi al mantenimento della società, su base paritaria, per un periodo di dieci anni, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità				
TRATTAMENTO DATI PERSONALI 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 istanza				
2	Secondo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) <i>(Compilare le righe seguenti per cittadino straniero non comunitario)</i>			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
	DICHIARA			
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di			
	di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia: <input type="checkbox"/> ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni <input type="checkbox"/> poiché iscritto all'Albo Professionale <i>(concorso straordinario sedi ai sensi dell'art 11, comma 7, DL 1/12)</i>			
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;			
	<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;			
<input checked="" type="checkbox"/> che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. (Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011)				
<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere, come da dichiarazione al punto A2, in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni				

	<input checked="" type="checkbox"/> di impegnarsi al mantenimento della società, su base paritaria, per un periodo di dieci anni, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità		
	TRATTAMENTO DATI PERSONALI Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy <input checked="" type="checkbox"/> 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 istanza		
	Terzo dichiarante		
	Cognome	Nome	
	Nato a	Prov.	il
	Residente in	Prov.	CAP
	Via/piazza	n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)		
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) <i>(Compilare le righe seguenti per cittadino straniero non comunitario)</i>		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
	N	Rilasciato da	il Valido fino al
	* Specificare il motivo del rilascio		
3	DICHIARA		
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di		
	di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia:		
	<input type="checkbox"/> ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni		
	<input type="checkbox"/> poichè iscritto all'Albo Professionale <i>(concorso straordinario sedi ai sensi dell'art 11, comma 7, DL 1/12)</i>		
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;		
	<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;		
	<input checked="" type="checkbox"/> che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. <i>(Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011)</i>		
	<input checked="" type="checkbox"/> di non incorrere, come da dichiarazione al punto A2, in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.		
	<input checked="" type="checkbox"/> di impegnarsi al mantenimento della società, su base paritaria, per un periodo di dieci anni, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità <i>(obbligo per concorso straordinario)</i>		
	TRATTAMENTO DATI PERSONALI Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy <input checked="" type="checkbox"/> 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 istanza		
	Quarto dichiarante		
	Cognome	Nome	
	Nato a	Prov.	il
	Residente in	Prov.	CAP
	Via/piazza	n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)		
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) <i>(Compilare le righe seguenti per cittadino straniero non comunitario)</i>		
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
4	N	Rilasciato da	il Valido fino al
	* Specificare il motivo del rilascio		
	DICHIARA		
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di		
	di aver conseguito l'idoneità al diritto di esercizio della farmacia:		
	<input type="checkbox"/> ai sensi degli artt. 7 e 13 della Legge 362/91 art. 12 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni		
	<input type="checkbox"/> poichè iscritto all'Albo Professionale <i>(concorso straordinario sedi ai sensi dell'art 11, comma 7, DL 1/12)</i>		
	<input checked="" type="checkbox"/> di aver titolo, legittimazione e possesso dei requisiti per la presentazione della presente istanza;		
	<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso che impediscano l'esercizio dell'attività;		

<input checked="" type="checkbox"/>	che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione. (Sono soggetti alla dichiarazione antimafia i soggetti indicati all'art. 85 del d.lgs 159/2011)
<input checked="" type="checkbox"/>	di non incorrere, come da dichiarazione al punto A2, in aspetti di incompatibilità nella gestione societaria ai sensi dell'art. 8 della L. 362/1991 e dell'art. 13 della Legge 475/68 e L. 892/1984 e successive modificazioni ed integrazioni.
<input checked="" type="checkbox"/>	di impegnarsi al mantenimento della società, su base paritaria, per un periodo di dieci anni, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità
TRATTAMENTO DATI PERSONALI Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy <input checked="" type="checkbox"/> 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 istanza	

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

Firma* del quarto dichiarante

Data

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità). In caso di cittadino extracomunitario allegare il permesso/carta di soggiorno. Per la **trasmissione telematica con firma digitale del dichiarante** non è necessario allegare il documento di riconoscimento.