

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

COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE DELLA ATTIVITA' DI VENDITA ON LINE DI MEDICINALI SENZA OBBLIGO DI PRESCRIZIONE Art. 112quarter Decreto Legislativo 24 aprile 2006 n. 219 e s.m.i.

**Spett.le SUAP COMUNI MONTANI APPENNINO PISTOIESE
(Comuni di Abetone Cutigliano – San Marcello Piteglio-
Sambuca P.se)**

TRAMITE PORTALE REGIONALE STAR

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/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

in qualità di legale rappresentante titolare

dell'Impresa individuale /Società:

Denominazione: _____

con sede nel Comune di _____ (Prov. ____) C.A.P. _____

in Via/Piazza _____ n. _____

Cod. Fisc. ditta |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| P.IVA |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Tel. _____ PEC (Posta Elettronica Certificata) _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76), sotto la propria responsabilità

COMUNICA:

DI CESSARE L'ATTIVITA' DI VENDITA ON LINE DI MEDICINALI SENZA OBBLIGO DI PRESCRIZIONE

Autorizzata con Atto N. _____ del _____ rilasciato da _____ presso il SITO

LOGISTICO ubicato in Comune di _____ Via/P.zza _____ n. _____

attività: () FARMACIA () Esercizio Commerciale **Specificare** _____

Data CESSAZIONE _____

- ✓ **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 istanza.

Data e luogo _____

Firma del dichiarante _____

Allegare Documento di Identità se non firmato digitalmente