

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

COMUNICAZIONE DI VARIAZIONE ATTIVITA' 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.)

[illegible]

Cittadinanza italiana ovvero

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) _____

In possesso di Autorizzazione alla VENDITA ON LINE di medicinali senza obbligo di prescrizione

medica mediante i servizi della società dell'informazione N. DEL

rilasciata dal Comune di _____ presso il SITO LOGISTICO ubicato in _____

Via/P.zza _____ n. _____ di cui alla seguente attività:

() FARMACIA () Esercizio Commerciale **Specificare**

CODICE UNIVOCO MINISTERO DELLA SALUTE

INDIRIZZO DEL SITO **WEB** dedicato al commercio elettronico *(che deve contenere anche il protocollo di connessione **http o https**)* _____

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:

[] LA/LE SEGUENTE/I VARIAZIONE/I ALL'ATTIVITÀ *Specificare*_____

- ✓ **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