

**Al S.U.A.P.**.....

Oggetto: Segnalazione di inizio attività di commercializzazione dei funghi freschi spontanei epigei (Art. 2 DPR 376/1995 - DPR 160/2010 - art. 6 Reg. CE 852/2004)

Io sottoscritto Operatore del Settore Alimentare			
Cognome: .....		Nome: .....	
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita	<input type="text"/>	Cittadinanza .....	
Luogo di nascita: Comune .....		Provincia (.....)	Stato .....
Residenza: Via/Piazza .....		N°.....	
Comune .....		Provincia (.....)	
in qualità di: <b>Titolare</b> <input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante</b> <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> <input type="checkbox"/> .....			
<b>della impresa Individuale</b> <input type="checkbox"/> <b>della Società</b> <input type="checkbox"/> <b>dell'Ente</b> <input type="checkbox"/> .....			
<b>denominata (denominazione registrata alla CC.II.AA)</b> .....			
Partita I.V.A.	<input type="text"/>	Codice	Fiscale (Ditta)
<input type="text"/>			
con sede legale nel Comune di .....			Provincia (.....)
Via/Piazza .....		N°.....	C.A.P .....
N. d'iscrizione al Registro Imprese .....		CCIAA di .....	Codice ATECO .....
<b>Indirizzo della sede operativa o della struttura ove l'attività viene esercitata (compilare sempre):</b> (in caso di vendita ambulante, indicare prioritariamente l'indirizzo del laboratorio correlato o, in sua assenza, del deposito delle merce invenduta o, in sua assenza, del ricovero del negozio mobile)			
<b>Via/Piazza</b> ..... <b>n.</b> ..... <b>Comune</b> .....			
<b>Recapiti per comunicazioni:</b> Telefono: ..... FAX: .....			
e-mail .....@ .....			

**SEGNALO :**

l'attività di vendita di funghi freschi spontanei epigei;

l'attività di vendita dei seguenti funghi freschi spontanei epigei:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**DICHIARO** di aver sostenuto l'esame previsto dall'art. 2, comma 2 del DPR 376/1995 e di essere stato riconosciuto idoneo alla identificazione delle specie fungine commercializzate in data..... dall'ASL.....

**Sono consapevole che fornire false dichiarazioni è penalmente perseguibile ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000.**

**Privacy:** nel compilare questo modello si forniscono dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003 e s.m.i.). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione di consenso. In ogni caso, l'interessato potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.

DATA .....

FIRMA (per esteso e leggibile)

.....