



**TRASMETTE SCIA (segnalazione certificata inizio attività) per l'avvio dell'attività di vendita di funghi epigei spontanei FRESCHI o SECCHI SFUSI appartenenti alla specie Boletus edulis (\*)**

(\*) L.R. 16/1999 art. 18 comma 2: è ammessa esclusivamente la vendita di funghi epigei spontanei freschi inclusi nell'elenco delle specie di cui all'All. 1 del D.P.R. 376/1995

D.P.R. 376/1995 art. 7: è vietata la vendita al dettaglio di funghi secchi allo stato sfuso, eccetto quelli appartenenti alla specie Boletus edulis e relativo gruppo

**Dichiara:**

In qualità di titolare della seguente attività di vendita al dettaglio di prodotti alimentari:

- Commercio al dettaglio in sede fissa**  
 **Commercio all'ingrosso**  
 **Commercio al dettaglio su Area Pubblica** (ai sensi dell'art. 21 c. 6, non è consentita la vendita in forma itinerante)  
 **Imprenditore agricolo**

**ubicazione dell'esercizio:**

Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**ubicazione del posteggio /mercato /fiera**

(Nel caso di operatore su posteggio indicare gli estremi del posteggio e del mercato o della fiera del Comune)

Mercato/Fiera \_\_\_\_\_ posteggio n. \_\_\_\_\_

Mercato/Fiera \_\_\_\_\_ posteggio n. \_\_\_\_\_

Mercato/Fiera \_\_\_\_\_ posteggio n. \_\_\_\_\_

**di avviare l'attività di vendita di funghi epigei spontanei**

- FRESCHI**  
 **SECCHI SFUSI, APPARTENENTI ALLA SPECIE BOLETUS EDULIS**

**Il sottoscritto DICHIARA che l'Attestato di Idoneità al riconoscimento delle specie fungine di cui all'art. 20 L.R. 16/1999, è posseduto:**

dal Sottoscritto Titolare/legale rappresentante della attività di vendita ( Attestato rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ )

dalla persona sotto generalizzata:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**CHE A 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 decreto del Ministro della sanità 29/11/1996 n. 686, **n. Iscrizione registro nazionale** \_\_\_\_\_

[ ] **di aver rispettato** tutte le disposizioni per la commercializzazione dei funghi, previste dalla vigente normativa nazionale e regionale in materia

**SOTTOSCRIZIONE PER ACCETTAZIONE** (*sottoscritto dalla persona in possesso dell'attestato di idoneità se diverso dal titolare*)

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**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** \_\_\_\_\_

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 - **oppure**
- Copia Certificato di Micologo
- Copia documento di identità del titolare dell'Attestato di Idoneità/ Certificato di Micologo, in corso di validità (se non firmata digitalmente)

**SOTTOSCRIZIONE DEL TITOLARE:**

**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."*