

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."*