

Oggetto: commercializzazione dei funghi epigei spontanei (Art. 2 DPR 376/1995)

Io sottoscritto Operatore del Settore Alimentare (OSA)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale Sesso M F

Data di nascita Cittadinanza _____

Luogo di nascita: Comune _____ Provincia (____) Stato _____

Residenza: Via/Piazza _____ N° _____

Comune _____ Provincia (____)

in qualità di: Titolare Legale rappresentante Altro _____

della impresa Individuale della Società dell'Ente Altro _____

denominata (denominazione registrata alla CC.II.AA) _____

Partita I.V.A. con sede legale nel Comune di _____

via/Piazza _____ n° _____

SEGNALO quanto segue:

La nuova attivazione di OSA non precedentemente registrato ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/04 relativa a:

- attività di vendita di funghi secchi sfusi (*Boletus edulis* e relativo gruppo)
- attività di vendita dei seguenti funghi freschi spontanei epigei
- attività di preparazione e somministrazione di funghi freschi spontanei epigei raccolti in proprio

1)..... 4)..... 7).....
2)..... 5)..... 8).....
3)..... 6)..... 9).....

L'aggiunta di vendita funghi epigei spontanei (OSA già registrato ai sensi dell'art.6 del Reg. CE) e precisamente:

- attività di vendita di funghi secchi sfusi (*Boletus edulis* e relativo gruppo)
- attività di vendita dei seguenti funghi freschi spontanei epigei
- attività di preparazione e somministrazione dei funghi freschi spontanei epigei raccolti in proprio

1)..... 4)..... 7).....
2)..... 5)..... 8).....
3)..... 6)..... 9).....

Il cambio dei soggetti abilitati alla vendita funghi freschi spontanei epigei (OSA già registrato ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE e in possesso di autorizzazione comunale o SCIA per la commercializzazione dei funghi freschi spontanei epigei ai sensi dell'art. 2 DPR 376/1995)

Si allega/no l'/gli attestato/i di idoneità alla identificazione delle specie fungine (art. 2 DPR 376/1995) delle seguenti persone addette :

1) COGNOME _____ NOME _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL _____ in data _____

2) COGNOME _____ NOME _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL _____ in data _____

3) COGNOME _____ NOME _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL _____ in data _____

4) COGNOME _____ NOME _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL _____ in data _____

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) _____