

1	ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE	
	Modalità di inoltro	via telematica
	Al SUAP del Comune di <u>BUGGIANO</u>	
	(°) NUMERO ASSEGNATO ALLA PRATICA	

(°) a cura del Comune

**FARMACIE - DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE per
TRASFERIMENTO - AMPLIAMENTO/RIDUZIONE/MODIFICA LOCALI
nell'ambito della sede di pertinenza (pianta organica)**

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE RELATIVAMENTE A:

0	Codice	TIPO FARMACIA	Oggetto
		FARMACIA ☒ PRIVATA ☐ COMUNALE	☒ TRASFERIMENTO SEDE ☐ AMPLIAMENTO ☐ RIDUZIONE ☐ MODIFICA INTERNA/DESTINAZIONI USO

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome <u>GIORGETTI</u>		Nome <u>LUIGI</u>	
	Nato a <u>BUGGIANO</u>		Prov. <u>PT</u>	il <u>24/10/1954</u>
	Residente in <u>BUGGIANO</u>		Prov. <u>PT</u>	CAP <u>51011</u>
	Via/piazza <u>G. PASCOU</u>		n. <u>11</u>	
	Tel. <u>342 1798778</u>		Fax	Cod. fisc. <u>GRGLGUSUR24B251K</u>
	Indirizzo email <u>LUIGI.GIORGETTI@GMAIL.COM</u>			
A2	IN QUALITA' DI			
	☐ Titolare della impresa individuale		☒ Legale rappresentante	
A3	DELLA			
	Forma giuridica * <u>SNC</u>		Denomin. ** <u>FARMACIA DEL GIGLIO SNC DEI DOTT. WIGI GIORGETTI</u>	
	Sede amministrativa nel Comune di <u>BUGGIANO</u>		Prov. <u>PT</u>	
	Sede legale nel Comune di *** <u>BUGGIANO</u>		Prov. <u>PT</u>	
	Via/piaz. <u>CESARE BASTI</u>		N. civico <u>2/A</u>	CAP <u>51011</u>
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di <u>PISTOIA</u>		N. iscrizione registro <u>195262</u>	
	Iscritta al Tribunale di		N. iscrizione	
	Partita IVA <u>01968180479</u>		Codice Fiscale <u>01968180479</u>	
	Della FARMACIA denominata: <u>FARMACIA DEL GIGLIO SNC DEI DOTT. WIGI GIORGETTI E SIMONETTA MATEONI</u>			
	SEDE FARMACEUTICA N. <u>3</u> del Comune di <u>BUGGIANO</u>			
	Codice regionale _____, codice univoco ministeriale _____			
	Dati dell' Autorizzazione Unica alla titolarità: ATTO UNICO n/prot <u>7</u> del <u>07/08/2019</u>			
	Rilasciato da ☐ Regione Toscana ☒ COMUNE / SUAP DI <u>BUGGIANO</u>			
☒ che la DIREZIONE DELLA FARMACIA è attualmente AFFIDATA al dr/drssa.				
Cognome/nome <u>MATEONI SIMONETTA</u> cod fisc. <u>MTSNTSSE47GB36N</u>				
Nato a <u>PIEVE A NIEVE</u> il <u>07/05/1955</u>				
Residente a <u>BUGGIANO - VIA G. PASCOU 11</u>				
Note: * SNC, SAS, SRL, etc.; ** inserire la denominazione per esteso della società (ditta) richiedente con quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1				

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via <u>G. PASCOU 11</u>	Comune <u>BUGGIANO</u>	Prov. <u>PT</u>	CAP <u>51011</u>
	Email <u>LUIGI.GIORGETTI@GMAIL.COM</u>	Telef <u>342 1798778</u>	Cellulare <u>342 1798778</u>	Fax
	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) <u>FARMACIA GIORGETTI@PEC.IT</u>			

C	TIPOLOGIA DI INTERVENTO PER CUI SI RICHIEDE AUTORIZZAZIONE (BARRARE LA CASISTICA INTERESSATA E COMPILARE LE APPOSITE SEZIONI)			
C1	☒ TRASFERIMENTO LOCALI DELLA FARMACIA DA: Via <u>C. BATTISTI</u> n. civico/i <u>21A</u> Comune <u>BUGGIANO</u> Prov. <u>PT</u> CAP <u>51011</u> Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da <u>COMUNE BUGGIANO</u> del <u>07/08/2019</u> (quella in corso di validità) A: 1) ingresso principale al pubblico = Via/pzza <u>MARTIRI DEL 16/03/1978 ANGULO</u> n. civico <u>SNC (IN CORSO)</u> Eventuali altri ingressi (specificare se al pubblico o solo fornitori) richiesti 2) ingresso ☒ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza <u>CADUTI DI TUTTELE GUERRE</u> n. civico <u>SNC (IN CORSO)</u> 3) ingresso ☐ pubblico ☒ solo fornitori via/pzza <u>MARTIRI DEL 16/03/1978</u> n. civico <u>SNC (IN CORSO)</u> Altro _____ Comune <u>BUGGIANO</u> Prov. <u>PT</u> CAP <u>51011</u>			
C2	☐ AMPLIAMENTO LOCALI DELLA FARMACIA ☐ RIDUZIONE LOCALI DELLA FARMACIA (1) ☐ MODIFICA INTERNA /DESTINAZIONI D'USO LOCALI DELLA FARMACIA (2) Ubicata (Ingresso principale al pubblico) Via/pzza _____ n. civico _____ E seguenti eventuali altri ingressi previsti dall'autorizzazione in corso (specificare se al pubblico o solo fornitori) 2) ingresso ☐ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza _____ n. civico _____ 3) ingresso ☐ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza _____ n. civico _____ Altro _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Sede e locali attualmente autorizzati con AUT. UNICA rilasciata da _____ del _____ a _____ seguito di Parere Igienico sanitario favorevole rilasciato da _____ prot. _____ del _____ (indicare le autorizzazione locali in corso di validità) MODIFICA SUPERFICI ☐ SI ☐ NO SE SI : Da mq _____ a mq _____ MODIFICA INGRESSI FARMACIA ☐ SI ☐ NO SE SI : ☐ acquisizione ingresso ☐ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza _____ n. _____ ☐ acquisizione ingresso ☐ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza _____ n. _____ ☐ acquisizione ingresso ☐ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza _____ n. _____ ☐ cessione ingresso ☐ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza _____ n. _____ ☐ cessione ingresso ☐ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza _____ n. _____ ☐ cessione ingresso ☐ pubblico ☐ solo fornitori via/pzza _____ n. _____ (1) in caso di riduzione locali dichiara che gli spazi della farmacia, sottratti all'espletamento dell'attività farmaceutica rispetto alla autorizzazione in corso di validità, saranno destinati a: _____ _____ senza che ciò rechi intralcio, impedimento o interferisca negativamente nello svolgimento dell'attività farmaceutica medesima. 2) in caso di modifica interna /destinazioni d'uso dei locali rispetto all'autorizzazione igienico sanitaria in corso di validità dichiara che le modifiche rientrano nell'ambito dell'espletamento di attività farmaceutica e riguardano: _____ _____ _____ Per tutti i casi ☒ così come meglio rappresentato dalla relazione tecnica descrittiva e planimetria allegate			
D1	DATI RIFERITI AL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO/ IN CUI SI SVOLGERA' L'ATTIVITA' Indirizzo Via/P.za <u>MARTIRI DEL 16/03/1978</u> Civico <u>SNC</u> Piano/scala/interno <u>T</u> Comune <u>BUGGIANO</u> Prov. <u>PT</u> CAP <u>51011</u> Altri eventuali ingressi come da sez C2 _____ Denominazione dell'insegna di esercizio <u>FARMACIA DEL GIGLIO</u> Dati catasto: Categ. <u>C1</u> Classe _____ Foglio <u>13</u> Numero <u>625</u> Sub. <u>2</u> Destinazione d'uso <u>NEGOTIO</u> Dest. urbanistica di zona <u>CTRA</u> Detenuto a titolo di _____ ☐ Proprietà ☒ Affitto* ☐ Altro* _____ *Indicare i dati del proprietario dell'immobile <u>MARIA SILVIO</u>			

RIEPILOGO DEI REQUISITI DEL FABBRICATO/UNITA' IMMOBILIARE/TERRENO E DEGLI IMPIANTI - DICHIARAZIONI				
D2	☒ che il fabbricato/unità immobiliare/terreno in cui si svolgerà l'attività, e gli impianti che saranno utilizzati, sono in regola con le vigenti norme in materia igienico-sanitaria, edilizia, urbanistica, sicurezza, agibilità, destinazione d'uso dei locali, prevenzione incendi e sono conformi alle normative di settore inerenti allo svolgimento dell'attività.			
	☒ che il fabbricato e/o l'unità immobiliare utilizzato per l'attività è agibile. Indicare i dati di riferimento. (Es. data di deposito, numero di protocollo, ecc.) <u>13198 DEL 17/07/2026</u>			
	☒ che la superficie complessiva in cui si svolgerà l'attività è di mq (specificare) (come da sezC2): <u>130</u>			
	☐ di essere già in possesso delle seguenti autorizzazioni, nulla osta, permessi, ecc. (inserire quelli riferiti al fabbricato/unità immobiliare/terreni etc):			
	Tipologia atto	Ente che lo ha rilasciato	Num. atto	Note

D3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA SPECIFICA ATTIVITA'				
Il sottoscritto dichiara, per la Farmacia oggetto di tale domanda :				
Sede Farmaceutica n. <u>3</u>		Comune di <u>BUGGIANO</u>		
Inserito in un centro commerciale				
☐ SI ☒ NO Denominato : <u>FARMACIA DEL GIGLIO</u>				
☐ aut locali in corso N.	Data rilascio	Rilasciato da	☐ trasferimento in via di autorizzazione	
Nel locale viene svolta altra attività: ☒ NO ☐ SI = Specificare :				
☒ che i locali in cui si svolgerà l'attività sono situati nell'ambito della pianta organica/zona individuata dal Comune con Delibera <u>104</u> recepita dal (estremi atto) di <u>COMUNE BUGGIANO</u> n. <u>del 30/11/2022</u>				
☒ che i locali sono situati ad una distanza non inferiore a 200 metri da quelli di altre farmacie. La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie.				
☒ che l'attività verrà svolta nel rispetto dell'articolazione interna dei singoli locali/spazi con specificazione sull'utilizzo degli stessi (magazzino, area vendita, zona laboratorio etc), come risultante da relazione e planimetria allegata;				
D3	☒ che la farmacia (nuovi locali), oggetto della richiesta di autorizzazione, è in possesso dei requisiti previsti dalle specifiche norme nazionali, regionali, locali in materia di caratteristiche ambientali, agibilità, accessibilità; ecc.;			
	☒ di aver rispettato i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento a quanto previsto Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 7225 del 18/12/2002 Allegato B "Indirizzi tecnici di igiene edilizia per i locali e gli ambienti di lavoro";			
	☒ che i locali sono dotati di sistema impiantistico ambientale che assicura la corretta conservazione dei medicinali e materie prime a temperatura costante (24h/24h) T = < 25 °C e che viene assicurata una % di 'umidità ottimale (intorno a 50%)			
	☒ che esiste una modalità di rilevazione delle temperature ambientali e relativo sistema di allarme in caso di scostamento significativo della temperatura sopra 25°C, ovvero il sistema impiantistico ambientale consente, in caso di superamento delle temperature previste, di intervenire prontamente per la verifica ed il ripristino.			
	☒ i frigoriferi sono dedicati ed idonei alla conservazione di medicinali e consentono il mantenimento in continuo 24h/24h a temperature controllate così come risulta dall'allegato alla presente istanza e facente parte integrante della stessa "Dichiarazione attività galenica"			
	☒ che il locale (o zona) destinata all'allestimento delle preparazioni galeniche è conforme alle Norme di Buona Preparazione (NBP) della Farmacopea XII ed. e ss.mm. o al DM 18/11/2003 o NBP semplificate; <u>a tal fine allega l'apposita "Dichiarazione attività galenica"</u> per l'inquadramento dei requisiti previsti dalle NBP			
☒ di garantire il rispetto della normativa vigente sulle Farmacie				
☒ di concordare con l'Azienda Sanitaria l'ispezione di cui all'art. 111 del R.D. 1265 del 1934, al cui esito positivo è subordinato l'avvio dell'attività e a tal fine fa presente che i lavori termineranno indicativamente il				
☒ di essere consapevole della necessità di attivare ulteriori ed eventuali endo-procedimenti, denunce o notifiche informative prescritte da altre disposizioni normative necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività				

E	REFERENTI DELL'INTERESSATO		
	Il sottoscritto dichiara di essersi avvalso delle prestazioni di:		
	☐ tecnico incaricato	☐ società di tecnici incaricati, rappresentata da:	
	Cognome	Nome	
	Cittadinanza	C. F.	
	Data di nascita	Luogo di nascita	
	Studio nel:	Comune di	CAP
	Via/p.zza		n.
	Tel	Cell.	
	Fax	e-mail (☐ con firma digitale)	
Nr. Iscriz.	All'ordine professionale degli	Della Prov. di	
Eventuale e ulteriore abilitazione specifica:			

F	REQUISITI PERSONALI del RICHIEDENTE		
F	REQUISITI DI ONORABILITA'		
	☒ di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;		
	☒ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dal D.Lgs 6 settembre 2011 n. 159 (Codice delle leggi antimafia).		
	Trattandosi di società od organismi collettivi di cui art. 2 comma 3 del D.P.R. 03.06.1998, n. 252 si allega alla presente N.		
DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 1.			
E	Solo PER LE FARMACIE COMUNALI E /O ASSEGNATE IN GESTIONE ASSOCIATA		
	Il sottoscritto dichiara		
	Che la Direzione della farmacia è attualmente affidata al/la dott./dr.ssa:		
	Cognome	Nome	
	Cittadinanza	C. F.	
	Data di nascita	Luogo di nascita	
	Studio nel:	Comune di	CAP
	Via/p.zza		n.
	Tel	Cell.	
	Fax	e-mail (☐ con firma digitale)	
Nr. Iscriz.	All'ordine professionale degli	Della Prov. di	

F	COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO			
	☐ di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		☐ di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N.	Rilasciato da	Il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
G	TRATTAMENTO DATI PERSONALI			
	☒ di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196: - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge			

Data e luogo

BUGGIANO, 06/08/2026

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

[Firma]

* Per la **trasmissione telematica con firma digitale** non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento

ISTRUZIONI ED ALLEGATI ALL'ISTANZA

- ACCERTARE, prima della sottoscrizione del presente documento, di essere a conoscenza ed in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa.
- *Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità). Per la trasmissione telematica con firma digitale del richiedente non è necessario l'allegato del documento di riconoscimento.*
- Consultare l'ufficio SUAP per ogni dubbio o richiesta di chiarimento. La sottoscrizione in assenza dei requisiti costituisce reato ed è penalmente perseguita quale falsa dichiarazione in atti.

Allegati da presentare

1. Relazione tecnica descrittiva dei locali, delle attività e delle attrezzature (*).
2. Relazione professionale del farmacista titolare/direttore (**)
3. Planimetria in scala adeguata (di norma 1:50) dei nuovi locali, compresi quelli eventualmente separati dalla farmacia e adibiti a deposito, magazzino, laboratorio etc, con indicazione delle destinazioni d'uso e aree di lavoro, dello schema posizionamento delle attrezzature e degli arredi e tipologie di prodotti (*).
4. Nel caso di ampliamento/riduzione/modifiche locali e destinazioni d'uso anche la planimetria illustrativa dello stato attuale corrispondente all'autorizzazione igienico sanitaria e AUT Unica SUAP in corso di validità.
5. Modulo dichiarazione attività galenica per inquadramento requisiti locali ed attrezzature in base alle NBP (secondo disposizioni ASL)
6. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.
7. Copia avvenuto pagamento diritti Suap (nei comuni dove previsti).
8. Altre eventuali dichiarazioni richieste dal Comune a seconda dei casi o che l'interessato intende fornire nel proprio interesse.

(*) **INDICARE CON PRECISIONE** nelle planimetrie e nella relazione tecnica le informazioni utili sulle caratteristiche dei locali, superfici, altezze, rapporti aeroilluminanti e destinazioni d'uso in base alle attività che possono essere svolte in farmacia, le zone di lavoro e di stoccaggio dei medicinali (*Etici, OTC, SOP, Vet, ASL, materie prime, O2, veleni, stupefacenti etc*) e delle altre tipologie di prodotti non medicinali (macroclassificazioni), spazi dedicati al confinamento degli scaduti/inesitabili separati per tipologie, apparecchi e sistema di controllo delle temperature ambientali (obbligo T <-25 °C 24/24h) e dei frigoriferi (2-8 °C 24/24h).

(**) **Relazione sulla ORGANIZZAZIONE** in tale sede del **SERVIZIO FARMACEUTICO**, compreso procedure adottate per il controllo delle corrette condizioni di conservazione medicinali ed azioni correttive in caso di scostamento, quelle delle pulizie degli ambienti e del laboratorio galenico, degli scaduti, di autocontrollo etc

N.B.

In caso di TRASFERIMENTO LOCALI in altra sede (art 1 c5 L.475/68)

1) LA DOMANDA VIENE AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DEL COMUNE per 15 giorni consecutivi 2) IL COMUNE (SUAP) INOLTRA UNITAMENTE ALLA PRESENTE RICHIESTA ALLA ASL PER L'AFFISSIONE ALL'ALBO PRETORIO DELLA ASL per 15 giorni consecutivi

In tutti i casi

**IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE E' SUBORDINATO AL PARERE IGIENICO SANITARIO FAVOREVOLE ASL
L'AVVIO/SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' E' SUBORDINATO ALL'ESITO POSITIVO DELL'ISPEZIONE DELLA ASL
AI SENSI DELL'ART. 111 del R.D. 1265/34**

L'ispezione DEVE ESSERE CONCORDATA E RICHIESTA ALLA ASL a cura dell'interessato

1	Primo dichiarante			
	Cognome GIORGETTI		Nome LUCA	
	Nato a BUCCIANO		Prov. PT	il 24/10/1954
	Residente in BUCCIANO		Prov. PT	CAP 5104
	Via/piazza VIA G. PASCOU		n. 11	
	Codice fiscale (16 caratteri) GRGLGUS4R24B2S1K			
	Cittadinanza ☒ Italiana ☐ altra (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	☐ di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		☐ di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
2	Secondo dichiarante			
	Cognome MATEONI		Nome SIMONETTA	
	Nato a PIEVE A NIEVOE		Prov. PT	il 04/05/1955
	Residente in BUCCIANO		Prov. PT	CAP 5104
	Via/piazza VIA G. PASCOU		n. 11	
	Codice fiscale (16 caratteri) MT3NTSSSE47G63BN			
	Cittadinanza ☒ Italiana ☐ (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	☐ di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		☐ di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
3	Terzo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza		n.	
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza ☐ Italiana ☐ (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	☐ di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		☐ di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valido fino al
* Specificare il motivo del rilascio				

DICHIRANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevole/i che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà/anno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'attività;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della l. 31/05/1965 n. 575 (normativa antimafia).

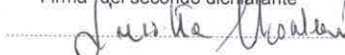
di essere informati ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, nonché dal Dirigente dello SUAP, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge;

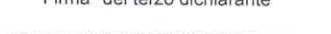
Firma* del primo dichiarante



Firma* del secondo dichiarante



Firma* del terzo dichiarante



Data

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità), altrimenti la firma va apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la pratica. In caso di cittadino extracomunitario allegare copia della carta/permesso di soggiorno in corso di validità.