

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76), sotto la propria responsabilità

COMUNICA:

LA/LE SEGUENTE/I VARIAZIONE/I ALL'ATTIVITÀ *Specificare*_____

DI SOSPENDERE L'ATTIVITÀ *dal giorno*_____ *al giorno*_____

DI RIPRENDERE L'ATTIVITÀ *dal giorno*_____ *sospesa con Comunicazione*
*Prot. n.*_____ *del*_____

DI CESSARE L'ATTIVITÀ *dal giorno*_____

Dichiara di aver effettuato la suddetta comunicazione al Ministero della Salute in
data_____

- ✓ **Adempimenti relativi al Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD) in materia di Privacy.** 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 istanza.

Data e luogo

Firma del dichiarante

Allegare Documento di Identità se non firmato digitalmente