

Alla ASL Roma 1
U.O.C Servizio Igiene e Sanità
Pubblica B.go S. Spirito, 3
00193 ROMA
PEC: protocollo@pec.aslroma1.it

Il sottoscritt _____
(cognome) (nome)

nella qualità di Legale Rappresentante nel rispetto dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in sostituzione delle certificazioni previste dalla normativa vigente, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, con la sottoscrizione di questa domanda

Nat _____ a _____ (comune di nascita; se nato all'estero, specificare lo stato) _____ il _____ (prov.) _____
di risiedere in _____ (comune di residenza) _____ Via/P.zza _____ n. _____ (prov.) _____ (indirizzo)
CAP _____ Recapito telefonico _____ Fax _____ PEC _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE
PARERE IGIENICO SANITARIO
Per l'attività di

- Palestre/Centri sportivi
- Scuole, Asili nido, strutture educative e formative
- Attività di tatuaggio e piercing
- Strutture Socio-assistenziali
- Farmacie ed attività similari
- Altro _____

E DICHIARA

di essere Titolare/Legale rappresentante della Ditta _____
con sede legale in _____ Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____
per l'attività di _____ Codice Ateco n. _____
sita in Via/P.zza _____ n. _____ Municipio _____
Partita IVA _____ Iscrizione alla Camera di Commercio n. _____

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 sulla tutela delle persone e di altri rispetto al trattamento dei dati personali che i dati riportati verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per fini istituzionali e nei limiti di legge. La loro mancata fornitura impedisce il seguito del procedimento. Lo scrivente allega elenco numerato della documentazione prevista per ciascuna richiesta.

Roma li _____

NB: E' OBBLIGATORIO COMPILARE TUTTI I CAMPI LE RICHIESTE NON COMPLETE NON POTRANNO AVERE SEGUITO