Comune di Villavallelonga (AQ)

Piazza Olmi, n°2 - c.a.p. 67050
TEL. 0863/949117 FAX 0863/949600
P.I. 00207820663
E-Mail info@comune.villavallelonga.aq.it

Marca da bollo

Al Sig. Sindaco del Comune di Villavallelnga

| RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SANITARIA |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. .....

In qualità di, ...

Della ditta.....

Con sede legale in..... Via ..... n°.....

Chiede:

Il rilascio dell'autorizzazione sanitaria per esercitare l'attivita' di:

.....

.....

.....

.....

.....

Da effettuarsi nei locali siti in.....Via.....N°.....

aventi superficie complessiva di metri quadri .....

Si allegano i seguenti documenti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dichiaro altresí di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veriteriere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Data e luogo .....

Il Richiedente .....