



Comune di Aielli (AQ)

Piazza Filippo Angelitti N°1 c.a.p. 67041
TEL. 0863/78119 FAX 0863/789140
P.I. 00098910664
E-Mail info@comunediائيelli.it

Marca
da bollo

Al Sig. Sindaco del Comune di Aielli

| RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SANITARIA |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/aIl

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'attività di:
.....
.....
.....
.....
.....

Da effettuarsi nei locali siti in..... Via..... N°
aventi superficie complessiva di metri quadri

Si allegano i seguenti documenti
.....
.....
.....
.....

Dichiaro altresì 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 veritiere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Data e luogo Il Richiedente