

Il/La sottoscritt _____
(cognome) (nome)

nella qualità di Legale Rappresentante/Titolare 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.455 del 28/12/2000, con la sottoscrizione di questa domanda

nata/o a _____ (_____) il _____ di risiedere in
(comune di nascita, se estero indicare lo stato) (Prov.)

_____ (_____) Via/Piazza _____ n. _____
(comune di residenza) (Prov.) (indirizzo)

C.A.P. _____ recapito telefonico _____ pec _____
codice fiscale _____

FA DOMANDA DI PARERE IGIENICO - SANITARIO PER

- SCUOLE, ASILI NIDO
- ATTIVITA' TATUAGGIO/PIERCING
- STRUTTURE SOCIO- ASSISTENZIALI (L.R. 41/2003)
- FARMACIE
- ALTRO _____

A TALE SCOPO DICHIARA

di essere Titolare/Legale Rappresentante della Ditta _____
con sede legale in _____ Via/Piazza _____
n. _____ C.A.P. _____ per l'attività di _____
sita in _____ via/piazza _____ n. _____
Partita IVA _____ Iscr. CCIAA n. _____

di essere informato, ai sensi del regolamento UE 2016/679 (<https://www.aslroma5.info/web/privacy>) sulle modalità di protezione e trattamento dei dati personali.

Viene allegato l'elenco dei documenti previsti per ciascuna richiesta.

Luogo e data _____ Firma _____