

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 \_\_\_\_\_