



Pratica N.	
RISERVATO UFFICIO PROTOCOLLO	MARCA DA BOLLO BOLLO ASSOLTO ai sensi del Decreto Interministeriale 10/11/2011

Al Responsabile del procedimento del

Comune di

04.c RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA GENERICA (AD ESCLUSIONE DI REGISTRAZIONI SANITARIE ALIMENTARI).

Trasmissione esclusiva via PEC.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e cognome

Codice fiscale

Nato/a

Prov.

il

Residen

te a

Prov.

CAP

Via/Fraz/Loc., n.

Telefono

Fax.

Domicilio elettronico (e-mail/PEC)

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI SOCIETA'/ TITOLARE DI IMPRESA INDIVIDUALE

Motivazione della rappresentanza

dell'impresa

Forma
giuridica

C.F.

Partita Iva

Con
sede in

Prov.

CAP

Via/Fraz/Loc., n.

Telefono

Fax.

Email

PEC

CONSAPEVOLE E INFORMATO/A CHE

- ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, le dichiarazioni false e mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- la mancata o la parziale compilazione della domanda/segnalazione/comunicazione e l'incompletezza della documentazione prescritta come necessaria dagli enti competenti comportano l'inammissibilità della stessa;
- ai sensi dell'art. 33 della LR 19/06.08.2007, gli enti competenti possono procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate;
- l'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, è disponibile sul sito web dell'ente al quale è rivolta l'istanza o è reperibile nei locali dell'ente stesso;

DICHIARA

oppure

COMUNICA che il soggetto delegante DICHIARA (se soggetto incaricato con procura speciale)

ASSOLVIMENTO DELLA MARCA DA BOLLO

che per la presentazione delle presente numero seriale (14 numeri) del
istanza è stata annullata la marca da
bollo di euro 16,00

- di avere ulteriore marca da bollo per il numero seriale (14 numeri) del
rilascio
dell'autorizzazione/concessione/licenza di
euro 16,00

- di impegnarsi a conservare gli originali delle
marche da bollo presso

di essere ESENTE dal pagamento delle imposte di bollo

cooperativa sociale di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381, in quanto organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS)
iscritta all'anagrafe delle ONLUS, ai sensi dell'art. 11 del d.lgs. 4 dicembre 1997, n. 460 (allegato B - Tabella al D.P.R. 26 ottobre
1972, n. 642, art. 27-bis, prima parte)

altra organizzazione non lucrativa di attività sociale (ONLUS), iscritta all'anagrafe delle ONLUS ai sensi dell'art. 11 del d.lgs. 4
dicembre 1997, n. 460 (allegato B - Tabella al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, art. 27-bis, prima parte)

organizzazione di volontariato senza scopo di lucro iscritta al registro regionale delle organizzazioni di volontariato ai sensi dell'art. 6
della Legge 11 agosto 1991, n. 266 (allegato B - Tabella al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, art. 27-bis, prima parte e art. 8, comma 1,
legge 11 agosto 1991, n. 266)

federazione sportiva/ente di promozione sportiva riconosciuta dal CONI (allegato B Tabella al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, art. 27-
bis, seconda parte)

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione sanitaria

per l'effettuazione
dell'attività di (specificare
dettagliatamente)

L'aggiornamento dell'autorizzazione sanitaria

n° del

a seguito di modifica dei
seguenti locali
(specificare)

UBICAZIONE DEI LOCALI

Via/Fraz/Loc n°

All'insegna

dichiara che relativamente ai locali in parola sono state rispettate le vigenti norme in materia edilizia, urbanistica, igienico-sanitaria e sulla destinazione d'uso dei locali

che le planimetrie del locale oggetto della presente domanda
sono depositate presso

prot. n° del

tavole n°

che le planimetrie controfirmate dal richiedente, sono allegate in formato digitale alla presente domanda

CONTATTI

Per ogni comunicazione contattare:

L'indirizzo del richiedente

Il seguente indirizzo:

Destinatario

Comune
di

Prov.

CAP

Via/Fraz/Loc

n°

e-mail

PEC

FIRMA DEL DOCUMENTO

Si prende atto che il presente documento dovrà essere sottoscritto dai seguenti soggetti:

- il/la richiedente o suo incaricato munito di procura/delega

Allegati richiesti

Data

Nome Cognome

Firma