

FAC SIMILE della domanda di rilascio nulla osta sanitario per la somministrazione di sostanze alimentari.

In carta bollata da £ 20.000:

Al Sig. Sindaco di

In carta semplice:

Al Responsabile
Serv. Igiene Alimenti e Nutrizione A.S.L. N° 18
Sede di **BRA**

Il/la sottoscritto/a _____

nat__ il ___/___/_____/ a _____

residente a _____ via _____ n. _____

C.F./ P.IVA I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

in qualita' di _____ della Ditta _____
(titolare, leg. rappresentante, ecc.)

con sede a _____ via _____ n. _____

C.F./ P.IVA I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

richiede il rilascio di NULLA OSTA SANITARIO per l'attività di somministrazione di sostanze alimentari nei locali siti in _____

Precisa che l'attività è: I_I CONTINUATIVA I_I A CARATTERE STAGIONALE

I locali potranno essere ispezionati dal _____; per il sopralluogo potrà essere contattato il sig. _____ al n° telefonico _____

Si allega la seguente documentazione:

- 1 - planimetria in pianta non superiore a 1:500 (consigliata 1:100) degli **ambienti** con indicata superficie, altezza, verifica separata dei rapporti aeranti ed illuminanti, con l'indicazione delle destinazioni d'uso di ciascun locale facente parte dell'esercizio, della disposizione spaziale degli impianti e delle attrezzature (Lay out), datata e firmata dal sottoscritto e/o da tecnico incaricato (triplice copia)
- 2 - relazione tecnica, secondo modello allegato (triplice copia)
- 3 - Indicazione dei generi merceologici delle sostanze che si intendono somministrare (duplice copia)
- 4 - Dichiarazione di avvenuto allacciamento all'acquedotto o, nel caso di approvvigionamento privato, certificato di potabilità dell'acqua rilasciato dal Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. 18, (duplice copia)
- 5 - Indicazione sulle modalità di smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi (duplice copia)
- 6 -Attestazione di versamento (o copia), sul C/C postale n. 11769122 intestato a: A.S.L. 18 - Dipartimento di Prevenzione S.I.A.N. oppure copia certificato di avvenuto pagamento presso cassa abilitata di questa A.S.L 18 (vedasi tariffario regionale)

data _____ li, _____

In fede