Fac simile della domanda da presentarsi per il rilascio della certificazione sanitaria per l'apertura degli esercizi dove si procede a <u>SOLA VENDITA</u> di generi 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 **<u>A L B A</u>**

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__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__I__I__I__I

rivolge domanda alla S.V. affinchè voglia disporre per un sopralluogo presso i locali siti in

_____

dove il richiedente intende svolgere/svolge l'attività di_____
al fine di ottenere il prescritto parere igienico sanitario.

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

I locali potranno essere ispezionati dal (4) _____; per il sopralluogo potrà essere contattato il Sig. _____al n° telefonico _____.

Si allega la seguente documentazione, in duplice copia, di cui una sarà trattenuta dal Comune ed una inviata al S.I.A.N. del Dipartimento di Prevenzione dell'A..S.L. 18.

_____

1 - planimetria in pianta non superiore a 1:500 (consigliata 1:100) dei locali, datata e firmata dal sottoscritto e/o da tecnico incaricato (triplice copia)
2 - relazione tecnica, con descrizione dei locali, degli impianti o delle attrezzature, (triplice copia)
3 - 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)
4 - Indicazione sulle modalità di smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi (duplice copia)
5 - 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)

li,_____ In fede