

Bollo
valore corrente

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO IGIENE DEGLI
ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
ATS SARDEGNA – ASSL ORISTANO
Via Carducci, 35
ORISTANO

Oggetto: **richiesta sopralluogo preventivo per verifica requisiti igienico sanitari**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____ residente in _____
via/piazza/loc. _____ n° _____ Tel.: _____ / _____

CHIEDE

alla S.V. che sia disposto un sopralluogo preventivo nei locali siti in _____
via/piazza/loc. _____ n° _____
da adibirsi all'attività di _____
ai fini di una verifica dei requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente.

Allega alla presente:

- Planimetria dei locali
- Relazione tecnica su locali, impianti e attrezzature
- Ricevuta versamento sul C/C n° 10495091 di € 15.49 intestato a ATS Sardegna – ASSL Oristano – Distretto di Oristano – Causale: SIAN – parere preventivo requisiti sicurezza alimentare impresa alim.

Ogni comunicazione al seguente recapito:

Sig. _____ Comune _____
via _____ n° _____ Tel. _____ / _____
_____ li _____

Il Richiedente

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 Legge 675/96, autorizzo il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini del presente procedimento

Firma
