

Bollo
valore corrente

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO IGIENE DEGLI
ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
ASL 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

Il richiedente si impegna a versare i dovuti diritti sanitari presentando ricevuta del versamento al momento del ritiro del certificato presso il SIAN in via Carducci n. 35, IV piano, Oristano. Il versamento, calcolato su base oraria ai sensi del D. Lgs. 32/2021, dovrà essere effettuato sul C.C riportato nella richiesta di pagamento inviata dal Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione a seguito delle attività di ispezione, indicando nella causale: SIAN – parere preventivo

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
