

Il/la Sottoscritto/a _____
Titolare/rappresentante legale della Società _____
nato/a a _____ il ____-____-_____
residente in _____ Via _____ n° _____
sede legale _____
sede unità produttiva via _____
città _____
p.iva/ codice fiscale _____
telefono n° _____ cellulare _____

chiede

un sopralluogo presso la struttura di cui sopra al fine di ottenere il parere igienico sanitario dei locali .

Timbro e Firma

Documentazione da allegare alla domanda (da presentare esclusivamente sul questo modello):

- pianta (redatta da tecnico abilitato, in firma digitale) di tutti i piani e della copertura in scala 1:100 con indicazione: della dimensione complessiva dell'opera, della destinazione d'uso dei singoli locali, delle relative misure lineari e di superficie netta, della superficie finestrata apribile e non, dei rapporti di illuminazione ed aerazione naturali, della disposizione degli impianti igienico sanitari; sezioni in scala 1:100 e in numero necessario alla completa comprensione dell'opera (non meno di due sezioni significative) con l'indicazione dell'altezza netta dei piani (minima e media),delle controsoffittature e relazione tecnica sulle modalità di aerazione artificiale (se presente).
- Regolamento interno dell'attività ;
- Relazione descrittiva sui servizi prestati e descrizione dell'organizzazione delle attività svolte come previsto dall'art. 1 (comma 2), art. 8 e 11 della L. R. 41/2003 ;
- Copia del documento di identità del richiedente ;
- Attestazione di versamento di € _____ da effettuare presso gli sportelli CUP Aziendali presentando il modello allegato debitamente compilato, oppure con bonifico bancario intestato alla ASL RM/F Via Terme di Traiano n° 39/a Civitavecchia- presso BNL di Civitavecchia codice IBAN : IT 03A010053904000000218000 – Causale : Diritti S.I.S.P.-

CUP - AZIENDA U.S.L. RM4

Oggetto: Pagamento diritti SISP

Si prega di provvedere alla riscossione della somma di € 11111,111 da parte
del Sig./ra (nome) _____
(cognome) _____
nato/a (per gli stranieri indicare solo lo stato di nascita) _____ (____)
il ____/____/____ Codice Fiscale / Partita Iva _____
titolare / rappresentante legale della Ditta / Società _____

Codice **AM 18.5** Diritti **SISP** (Mod erog. Amministrative, altro tariffario)

AVVERTENZE :

*L'attestazione di pagamento va presentata a corredo della richiesta.
Il pagamento può' essere effettuato anche con bonifico bancario presso BNL Civitavecchia:
CODICE IBAN : IT03A0100539040000000218000*