

**OGGETTO: RICHIESTA PARERE PREVENTIVO PER ATTIVAZIONE ESERCIZIO DI VENDITA E/O
PRODUZIONE, NONCHÉ DEPOSITO DI SOSTANZE ALIMENTARI**

Il/la Signor/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via/P.zza _____ n° _____ CAP _____

Titolare/rappresentante legale dell'Impresa del Settore Alimentare _____

P.Iva _____ Codice Univoco _____ Sede legale _____

chiede un PARERE IGIENICO-SANITARIO PREVENTIVO senza sopralluogo con sopralluogo

per i locali siti nel Comune di _____ Via/loc. _____

DA ADIBIRE A:

Spaccio di vendita:

Semplice []

Con annesso laboratorio di preparazione e/o produzione []

Spaccio di:

Semplice []

Con annesso laboratorio di preparazione e/o trasformazione []

Laboratorio di produzione:

Gelateria []

Pasta fresca farcita []

Rosticceria []

Altro _____

Deposito di alimenti: []

Altro: []

ALLEGA A TAL FINE:

Planimetria in scala 1:100 (IN DUPLICE COPIA);

Relazione tecnica-descrittiva (IN DUPLICE COPIA);

NOTA BENE: L'importo dovrà essere pagato preferibilmente con **bonifico bancario IBAN**

IT79I0623010727000040693215 intestato ad Azienda A.S.L. n. 5 indicando nella causale "Pagamento

fattura n....del...." (oppure C/C Postale 11367190 intestato all'A.S.L. 5 – Servizio tesoreria)

**L'attestato dell'avvenuto pagamento deve essere inviato prima della prestazione/Rilascio del parere.
In assenza del codice univoco indicare il codice fiscale del titolare/legale rappresentante dell'impresa.**

L'importo è stabilito dal tariffario Aggiornato Regione Liguria pubblicato sulla Home Page della Struttura.

....., li.....

Firma