MARCA
DA BOLLO

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CZ
SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME
VIA SOTTOTENTE NOTARO
88046 LAMEZIA TERME

Il/La sottoscritt_ _____

_____

nat_ a _____ Prov._____ il ____/_____/_____,

residente Via _____n. ____ Città _____

C.A.P. _____ n. Tel._____,

C H I E D E

il rilascio del **CERTIFICATO IGIENICO-SANITARIO**

del locale sito in Via _____n. _____

Comune di _____

da adibire a _____.

Allega alla presente la sotto elencata documentazione:

1. Planimetria descrittiva del locale e delle attrezzature, completa di relazione tecnica ed igienico-sanitaria;
2. Certificato di agibilità e/o destinazione d'uso;
3. Certificato di conformità Impianto Elettrico;
4. Fotocopia del contratto stipulato con Ditta Autorizzata per la raccolta e smaltimento di rifiuti speciali;
5. Certificato di allaccio alla rete idrica e fognante o certificazione sostitutiva ad esso;
6. Ricevuta di versamento di Euro 51,65 sul C/C n.13822887 intestato all'ex Azienda Sanitaria n.6 di Lamezia Terme;
7. Marca da Bollo Euro 14,62;
8. Schede tecniche delle attrezzature;
9. Relazione abbattimento barriere architettoniche L.R.13./89.

Lamezia Terme, _____

Firma