

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI NAPOLI
c/o ASL NA 1 - Dipartimento di Prevenzione
U.O.P.C. Distretto n. _____

Oggetto: **istanza di autorizzazione sanitaria**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente in _____ Via/P.zza _____ civ. _____

in qualità di titolare / rappresentante legale della società _____

(barrare la voce che non interessa)

(da compilare in caso di società)

P.IVA _____ con sede in _____

Via/P.zza etc. _____ civ. _____

Chiede

l'autorizzazione sanitaria per l'attività di _____

sita in Via/P.zza etc _____ civ. _____ ai sensi

della Deliberazione Consiliare n. 74 del 22.03.1995.

Allega documentazione richiesta

Per il sopralluogo contattare _____ al n. telefonico _____

_____ li _____

Firma del richiedente
