

Al Servizio Igiene degli alimenti di
origine animale ASL RM3
sicurezza.alimentare@pec.aslroma3.it

Il sottoscritt_____

nat_ a _____ il _____ residente in _____

via _____ in qualità di

titolare legale rappresentante

della ditta _____ con sede legale in _____

via _____ pec: _____

CHIEDE

Parere tecnico sanitario con sopralluogo (*)

Parere tecnico sanitario su piantina planimetrica (**)

(in entrambe i casi è necessario allegare una planimetria scala 1:100 con indicata la destinazione d'uso dei locali e Relazione tecnica relativa agli impianti e alle attività che verranno svolte)

Per l'esercizio di _____ sito in _____ via _____

_____ recapito telefonico _____

Roma _____

FIRMA

(*) allegare bonifico di € 88,00 + rimborso Km (0,52 a Km andata e ritorno)

(**) allegare bonifico di € 51,50

Estremi per bonifico:

IBAN IT53X010050326600000218000 intestato a ASL RM3 – Servizio Tesoreria

Indicare OBBLIGATORIAMENTE la causale: SIAOA - 404030186