

BOLLO DA  
€ 14.62

Salò, \_\_\_\_\_

AI SINDACO  
del Comune di  
SALO'

OGGETTO: Richiesta sopralluogo ai fini del rilascio del parere sanitario per l'attività

---

---

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, codice  
fiscale \_\_\_\_\_,

c h i e d e

il sopralluogo ai locali siti in Salò, via \_\_\_\_\_, ai fini del rilascio del parere  
sanitario per l'attività di \_\_\_\_\_

---

Allega alla presente:

- Planimetria dei locali in scala 1:100 redatta, timbrata e firmata dal Tecnico iscritto all'ordine professionale;
- Certificato di agibilità;
- Versamento del diritto sanitario;
- Comunicazione di approntamento locali
- Relazione tecnica descrittiva.

In fede

---