

**OGGETTO: Comunicazione ai sensi dell'art. 27, lett a/e del D.P.R. 327/80 e richiesta di
aggiornamento della Autorizzazione Sanitaria**

Il sottoscritto.....
nato a prov (...) il (gg/mm/aa).....
residente in..... prov (...) via/p.zza.....n.....
codice fiscale.....
nella sua qualita' di (1).....
della Ditta/Ente (2).....
con sede legale in..... prov (...) via/p.zza.....n.....
Partita Iva numero telefono.....
Titolare/Subentrante (3) dell'autorizzazione sanitaria n del

COMUNICA

La variazione di

nome ragione sociale sede legale dell'impresa marchi depositati

come di seguito indicato:

.....
come risulta da documentazione allegata.

Dichiara di non aver apportato modifiche ai locali e/o impianti.

CHIEDE

L'aggiornamento della Autorizzazione Sanitaria di cui sopra

Allo scopo allega

- Marca da bollo
- Estremi di deposito / cancellazione dei marchi depositati
- Esemplari dei marchi depositati
- Attestazione di avvenuto pagamento in c/c postale intestato alla ASL della tariffa prevista per le prestazioni richieste da terzi
- Attestazione di avvenuto pagamento della tassa di concessione regionale (4)
- Documentazione attestante le variazioni intervenute (5)
- Autocertificazione antimafia

IN FEDE (firma per esteso, leggibile) **DATA**.....

(1) Titolare, Legale rappresentante, Presidente pro tempore
(2) Impresa ai sensi dell'art. 2563 C.C.
(3) Cancellare la voce che non interessa
(4) Per le attivita' soggette
(5) Es. Atto notarile, iscrizione Registro ditte CCIAA,, ecc.