RegioneLombardia

Modello 1

RACCOMANDATA A.R.

All'A.S.L. di

Oggetto: notifica ai sensi del regolamento 183/2005/CE art. 18, comma 1.

Il sottoscritto

nato a prov. |_|_|

il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

in qualità di legale rappresentante della Ditta

Ragione sociale

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| partita I.V.A. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Con sede legale e/o amministrativa sita in

Indirizzo

C.A.P. - Località prov. |_|_|

Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

e-mail

e sede produttiva sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale e/o amministrativa)

Indirizzo

C.A.P. - Località prov. |_|_|

Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

e-mail

già Riconosciuta con numero/i α IT |_|_|_|_|_|_| |_|_| α IT |_|_|_|_|_|_| |_|_| α IT |_|_|_|_|_|_| |_|_|

già Registrata con numero/i IT |_|_|_|_|_|_| |_|_| IT |_|_|_|_|_|_| |_|_| IT |_|_|_|_|_|_| |_|_|

NOTIFICA

a codesta Spett. ASL, che ai sensi del regolamento 183/2005/CE, art. 18, comm 1 e 4:

- intende di continuare a svolgere l'attività già in essere dopo il 01/01/2006;
- possiede i requisiti allegato 2, previsti ai sensi regolamento in oggetto.

A tal fine allega

☐ copia del certificato di riconoscimento e/o registrazione

Località, li, |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

In fede
(firma e timbro)