

**Richiesta via Fax di parere urgente per inizio attività
pretermine**

Spett. Az.Usl di Piacenza
Dipartimento Sanità Pubblica
Area Sicurezza Alimentare
Ple Milano n.2
29100 Piacenza
N. Fax 0523317929

Il/la sottoscritto/a:

Cognome.....Nome.....nato
il.....a.....Provincia.....Stato.....
Cittadinanza.....
e-mail.....@.....Tel.....
Residenza:
Provincia.....Comune.....Via/Piazza.....N.....
nella sua qualità di:

Titolare dell' omonima impresa individuale:

Con sede legale nel Comune di
.....Provincia.....
Via/Piazza.....n.....C.A.P.....

Legale rappresentante della Società/Ente:

Denominazione o ragione
sociale.....
Via/Piazza.....n.....C.A.P.....

In seguito a richiesta di Dia differita presentata in data Presso il Suap del
comune di.....per attività di..... inoltra
presso codesto ufficio richiesta urgente di parere preventivo.

Si dichiara che le strutture sono approntate e funzionanti.

Recapito telefonico:.....

Firma

Da inviare via fax al 0523317929 con allegata la fotocopia del frontespizio della
domanda di DIA datata e protocollata dall'ufficio SUAP competente