

AL SINDACO DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI VOLTURA DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA**

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ residente in _____ via _____ n. _____ C.F. _____ in qualità di _____ della Ditta _____ P.Iva _____ Tel. _____ con esercizio di _____ sito a _____ via _____ n. _____
--

**CHIEDE**

la **voltura** dell'autorizzazione sanitaria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata a \_\_\_\_\_  
per l'esercizio suindicato

A tal scopo

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

che i locali, sotto il profilo urbanistico-edilizio, rispondono a quanto stabilito dalla normativa vigente ed ai Regolamenti locali per l'esercizio dell'attività di cui trattasi.

che non sono state apportate modifiche ai locali, agli impianti ed alle attrezzature, successivamente al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria di cui si chiede la voltura e che si intendono confermate le planimetrie e relazioni tecniche già agli atti.

Esprimo, inoltre, il consenso al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, esclusivamente nell'ambito del procedimento oggetto della presente richiesta.

Allega alla presente:

- autorizzazione originale del precedente titolare
- copia del documento di riconoscimento del richiedente
- copia del documento di riconoscimento del precedente titolare

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA DEL PRECEDENTE TITOLARE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ dichiara di rinunciare alla titolarità dell'Autorizzazione Sanitaria di cui si chiede la voltura

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il precedente titolare

\_\_\_\_\_