

Alla ASL Roma I  
Dipartimento di Prevenzione  
UOC S.I.A.N.  
c/o Ufficio del Protocollo  
Borgo Santo Spirito 3  
00193 Roma  
PEC [protocollo@pec.aslroma1.it](mailto:protocollo@pec.aslroma1.it)

Oggetto: Domanda di Ripresa Attività

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Titolare dell'esercizio \_\_\_\_\_

Sito in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

In seguito alla disposizione di sospensione attività, protocollo n° \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_ notificato il \_\_\_\_\_,

Avendo eliminato gli inconvenienti che hanno causato la sospensione chiede la ripresa dell'attività.

Il sottoscritto inoltre si impegna ad effettuare il pagamento previsto dal D.Lgs. 32/2021 con bonifico bancario presso Banca di Credito Cooperativo di Roma SCRL con l'IBAN N° **IT32P083270339800000001060** intestato a ASL Roma I Servizio tesoreria con causale "UOC SIAN – richiesta di riapertura", in base all'importo calcolato dalla UOC S.I.A.N. della ASL Roma I, secondo i parametri contenuti nello stesso decreto legislativo, e che verrà successivamente comunicato.

**FIRMA**