

Alla ASL Roma 1  
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
PEC: [sisp.protocollo@pec.aslroma1.it](mailto:sisp.protocollo@pec.aslroma1.it)

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nat \_\_a\_\_ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(comune di nascita; se nato all'estero specificare lo stato) (prov.)

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(comune di residenza) (prov.) (indirizzo)

CAP \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante, nel rispetto dell'art.46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in sostituzione delle certificazioni previste dalla normativa vigente, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, con sottoscrizione di questa domanda:

**CHIEDE PARERE IGIENICO SANITARIO  
per l'attività di**

- Scuole, Asili nido, Strutture educative e formative
- Strutture Socio – assistenziali
- Farmacie ed Attività similari
- Altro \_\_\_\_\_

**E DICHIARA**

di essere Titolare/Legale Rappresentante della Ditta _____
con sede legale in _____ (_____) Via/Piazza _____ n. _____
per l'attività di _____ Codice Ateco _____
sita in via/P.zza _____ n. _____ Municipio _____
Partita IVA _____ Iscrizione alla Camera di Commercio n. _____

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, rispetto al trattamento dei dati personali e che i dati forniti saranno utilizzati dagli uffici dell'Asl Roma 1, sia con strumenti cartacei sia con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse;

Lo scrivente allega elenco numerato della documentazione prevista per ciascuna richiesta.

Roma li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. E' OBBLIGATORIO COMPILARE TUTTI I CAMPI, LE RICHIESTE NON COMPLETE NON POTRANNO AVERE SEGUITO**