

**ASL Roma 1**  
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
**Servizio Igiene e Sanità Pubblica**  
**Borgo Santo Spirito, 3**  
**00193 Roma**  
**protocollo@pec.aslroma1.it**

**OGGETTO : Domanda di Ripresa Attività**

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

**Nato/a 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** \_\_\_\_\_ **notificata il** \_\_\_\_\_

**avendo eliminato gli inconvenienti che hanno causato la sospensione, chiede la ripresa dell'attività.**

Allega attestazione del versamento di €77,47:

su c/c bancario intestato a Azienda ASL Roma 1 Tesoreria Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Borgo S. Spirito n.3

IBAN: IT 32 P 08327 03398 000000001060

BIC ROMAITRRXXX

(nella causale indicare "DIRITTI SISP + indirizzo dell'attività")

Roma, lì \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_