

**COMUNICAZIONE SEMESTRALE ALLA A.S.L.
di nuove installazioni e cessazioni di apparecchi automatici
per la vendita di prodotti alimentari
(Articolo 5, L.R. n° 9/2009)**

Alla A.S.L. di _____

Anno _____ Semestre 1 2

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ **Nome** _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ___ / ___ / ___ Cittadinanza: _____ Sesso M F

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. [][]

Residenza: Comune _____ Prov. [][]

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. [][][][][]

E-mail: _____

Telefono: _____ FAX: _____

in qualità di:

- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Titolare | <input type="checkbox"/> Curatore fallimentare |
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Erede o avente causa |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

dell'Impresa/Azienda

Denominazione o ragione sociale: _____

Ditta individuale SNC SAPA SAS SRL SURL SPA

Società Cooperativa SS altro _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA (se diversa da C.F.) _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. [][]

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. [][][][][]

Telefono: _____ FAX: _____

Iscritto al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° _____

Iscritto al R.E.A. al n° _____ In attesa di iscrizione al R.E.A.

Posizione INAIL _____

CODICE INAIL Impresa _____

Estremi titoli posseduti per attività di vendita di alimentari mediante apparecchi automatici

DIAP (L.R. 1/2007) n° prot _____ del ___ / ___ / ___ Ente _____

DIA (L. 241/1990) n° prot _____ del ___ / ___ / ___ Ente _____

Comunicazione (ex Art. 17 del D.Lgs. 114/1998) n° prot _____ del ___ / ___ / ___ Ente _____

Altro (indicare) _____

COMUNICA

NUOVE INSTALLAZIONI

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

di cui con alimenti a temperatura controllata:

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

CESSAZIONE APPARECCHI

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

NUMERO DISTRIBUTORI AUTOMATICI: su AREA Pubblica Privata

COMUNE di _____ Prov.

Via, Piazza, ecc. _____ N° _____

PRESSO: _____

Data ___ / ___ / ___

Firma _____