

Il/La sottoscritto/a COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_  
Con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Fraz. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_  
P. IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**CHIEDE il rilascio di**

**Parere sanitario in deroga per attività rumorose**

*L.R. 89/98 art.2 comma2. lett.C / Allegato 1 alla Delibera del Regionale 77/2000 – parte 3*

per l'attivazione di \_\_\_\_\_  
presso il Comune di \_\_\_\_\_ FRAZ \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Nel periodo dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ per un totale di gg. \_\_\_\_\_

La prestazione viene fatturata ai sensi del vigente Tariffario delle prestazioni incluse nel livello di assistenza della prevenzione collettiva (Isp 13). La fattura unitamente al bollettino di versamento verrà inviata per via postale.

LA FATTURA DOVRA' ESSERE RECAPITATA :

- all'indirizzo sopra indicato dal richiedente;
- via e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
(scrivere in forma chiara, leggibile e in stampatello)
- via fax al seguente numero telefonico \_\_\_\_\_
- presso \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_