All'**ASL LECCE**
Dipartimento di Prevenzione
Ufficio DIA LECCE

e pc
Al Comune di _____

COMUNICAZIONE DI RIATTIVAZIONE STAGIONALE ATTIVITA' GIA' REGISTRATA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

RINNOVO ANNO _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/_____, residente in _____ alla via _____ n. _____

CF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ tel. _____

in qualità di:

☐ titolare ditta individuale ☐ legale rappresentnate della società denominata_____

consapevole delle sanzioni penali previste ai sensi e per gli effetti degli artt. 46,47 e 48 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità ed uso di atti falsi, nonchè della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, in riferimento all'attività di :

_____
(indicare la tipologia dell'attività)

DICHIARA

- di proseguire la medesima attività registrata al numero IT LE _____ _____ del _____ / _____/ _____

  dal _____/ _____/_____

  al _____/ _____/_____

- che dalla data del rilascio del predetto numero di registrazione, nell'esercizio con sede operativa nel Comune di _____ fraz./marina/loc. _____ alla via_____ n _____ non è stata apportata alcuna modifica ai locali, agli impianti ed attrezzature, nonchè alla tipologia alimentare;

- che ad oggi non sussistono provvedimenti pendenti ostativi alla ripresa dell'attività.

Si allega alla presente frontespizio dell'ultimo titolo autorizzativo (DIA/Autorizzazione Sanitaria) a cui si fa riferimento.

_____ lì. ____ /____ /_____ In fede

_____
(timbro e firma leggibile)

Se la dichiarazione non viene presentata personalmente occorre allegare copia di un documento di identità e del Codice Fiscale.

Allego fotocopia del seguente documento d'identità: ☐ C.I. ☐ P.G. Rilasciato dal .....

N° ..... in data.....