

# MODULO RICHIESTA PARERE PREVENTIVO /NULLA OSTA IGIENICO SANITARIO

Asl 3 Sistema Sanitario Regione Liguria  
Dipartimento di Prevenzione  
S.C. Igiene e Sanità Pubblica  
S.S. Salute e Ambienti di Vita  
Via Frugoni n.27  
16121 Genova

Il/La sottoscritto/a .....

residente in .....Via.....

tel...../email...../pec.....

in qualità di.....

chiedo \*

- PARERE PREVENTIVO
- NULLA OSTA IGIENICO SANITARIO

per i locali siti in.....Via.....

da adibire a .....

allegati\*\*

Data.....

Firma.....

\* Barrare voce interessata

\*\* Vedi linea guida informativa

Il/La sottoscritto/a dichiara di:

- essere informato/a, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento in questione ed in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto Decreto e pertanto esprime il suo consenso al trattamento degli stessi
- essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi contenenti dati non rispondenti a verità (art.75 e 76 DPR28/12/00 n.445)