

Eventuali pareri precedenti (indicare il Prot. o l'R.I. dell'ASL):

DATI DELL'INTESTATARIO DELLA FATTURA RELATIVA AI DIRITTI SANITARI

Cognome, nome o Ragione sociale

residenza o sede legale

Cod. Fiscale o P. Iva

Il sottoscritto tecnico _____

con sede in _____ via _____

Tel _____ dichiara che quanto sopra descritto corrisponde al vero e sarà eseguito a regola d'arte.

Il Tecnico

Si allega:

- progetto completo (elaborati grafici e relazione tecnica);**
- schede di classificazione dell'immobile;**
- norme tecniche di attuazione (in caso di piani di recupero);**
- richiesta di deroga ai parametri del D.M. 05/07/1975.**

PRESCRIZIONI IGIENICO SANITARIE
(da trascrivere sull'atto di concessione edilizia)

PARERE IGIENICO SANITARIO

Data: _____

Il Dirigente Medico

