



Al Direttore  
Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
Via Zeppilli n. 22/A  
63900 Fermo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel .n. \_\_\_\_\_

Legale rappresentante/titolare della ditta \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Un sopralluogo per il rilascio di un parere igienico – sanitario per l’apertura dell’attività di

---

Per tale richiesta è stato effettuato un versamento di € 88.97 sul C/C N. 15470636.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Allegati

- Piantina planimetrica 1:100 dei locali firmata da un tecnico abilitato
- Copia diploma di estetista
- Copia corsi di specializzazione effettuati
- Elenco attrezzature
- Certificati di conformità sterilizzatori ed attrezzature
- Scheda tecnica della vernice usata in cui si dichiara che sia lavabile

---

### Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Caduti del Lavoro,40 – 60131 Ancona  
C.F. e P.IVA 02175860424

#### Area Vasta n. 4

Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM

Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019

e-mail: segreteria.asl11@asl11.marche.it - [www.asurzona11.marche.it](http://www.asurzona11.marche.it)