

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via/Corso/Piazza _____

cell. _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | |

Il Titolare della Omonima Ditta Individuale. Iscritto alla C.C.I.A.A. di _____, dal _____;

I Legale Rappresentante della Società _____

con sede in _____ Via/Corso/Piazza _____

Ischritta alla C.C.I.A.A. di _____ dal _____

C.F./Partita IVA |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

COMUNICA

La riattivazione dello Stabilimento Balneare sito in Agropoli

Via/Piazza/Corso. _____,

all'insegna_____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi

(ART. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. N° 445/28.12.2000)

- Di essere titolare di Licenza/SCIA N°/Prot. del per l'esercizio dell'attività di Stabilimento Balneare;
- Che per il predetto esercizio, sotto il profilo igienico -sanitario non sono state apportate modifiche alle attrezzature a terra rispetto alla situazione in base alla quale era stata rilasciata l'ultima Autorizzazione Sanitaria;
- Che l'attività viene svolta in conformità a quanto prescritto dalle vigenti disposizioni in materia edilizia, urbanistica ed igienico sanitaria, nonché di destinazione d'uso dei locali e degli edifici;
- Che l'apertura dello stabilimento balneare avverrà, in conformità a quanto disposto dall'Ordinanza di Disciplina delle Attività Balneari emanata dall'Autorità Portuale di Salerno

Data _____

FIRMA _____

ALLEGA :

- Copia fotostatica di documento di identità in corso di validità;
- Certificato di solidità locali (**OBBLIGATORIAMENTE** dalla data di **INIZIO** della Stagione Balneare).