

A.1 Identificazione azienda

fac simile

Azienda (ragione sociale):	
Sede operativa	Via _____ N. _____
	Città _____ CAP _____
	P.IVA / C.F. _____
	Tel _____ Fax _____
	E-mail / PEC _____
Sede legale (se diversa dalla sede operativa):	
Responsabile autocontrollo	nominativo: _____
	e in caso di assenza: _____
Autorizzazione Sanitaria Precedente (se presente) da allegare	N. _____
	rilasciata il _____
	da _____
Segnalazione Certificata Inizio/Modifica Attività (S.C.I.A.) da allegare	S.C.I.A. – PG n. _____
	del _____
	del Comune di _____
ASL di appartenenza: _____	
Tipologia attività (breve descrizione): _____	