

PISCINE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

in possesso del seguente titolo igienico - sanitario n. del rilasciato da

COMUNICA

la cessazione dell'attività di piscina

denominata

a partire dal .

N.B.: NEL CASO DI TITOLO ABILITANTE RILASCIATO IN BASE A MODALITÀ ANTECEDENTI ALL'ENTRATA IN VIGORE DEL D.P.R. 160/2010, IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A CONSEGNARE, ENTRO 10 GG. DALLA DATA DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE, IL TITOLO IN ORIGINALE AL SERVIZIO 'TUTELA DELLA SALUTE E DEGLI ANIMALI' - VIA CONCEZIONE A MONTECALVARIO, 22 80134 NAPOLI