
**RICHIESTA PARERE PREVENTIVO SISTEMA FILTRAGGIO FUMI GAS ODORI
(ART. 72 REGOLAMENTO EDILIZIO CAGLIARI)**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, titolare dell'esercizio commerciale denominato _____,
sito in _____, nel quale si svolge l'attività di _____,

in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 72 del Regolamento Edilizio del Comune di Cagliari,
chiede il rilascio del parere preventivo dei sistemi di filtraggio adottati.

Recapito telefonico _____

Allega copia del versamento di euro 15,50 indicante la causale "Diritti sanitari per sopralluogo".

Il versamento può essere effettuato tramite:

☐ c/c bancario IBAN : IT 48 O 01015 44101 000070783304 intestato a ASL 8 Cagliari

☐ c/c postale n° 001058765452 intestato a ASL 8 Cagliari

Cagliari ____ / ____ / ____

Firma _____