

AUTOCERTIFICAZIONE**Oggetto:** autocertificazione relativa all'attività di acconciatore/estetista:

inizio attività cessazione attività sospensione temporanea/trasferimento sede

Il/La _____ sottoscritto

_____ < _____
 nato il _____ a _____ Prov. (___)

Residente a _____ Via _____ n. _____,

Tel/Cell _____ PEC: _____

in qualità di titolare dell'omonima ditta, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità di atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 47 del citato D.P.R. n.445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA**(D.P.R. n.445/28 Dicembre 2000)**

- In merito alla propria attività di acconciatore/estetista, la cui sede è ubicata nella _____ n. _____ di questo Comune, di rispettare i requisiti igienico-sanitari dei locali e delle attrezzature utilizzate, così come dettati dalle norme di legge e dalle diverse prescrizioni previste dalla normativa specifica vigente.

Data _____

FIRMA

Si allega fotocopia del documento d'identità