

## 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