

DICHIARAZIONE ASSISTENZA SANITARIA⁽¹⁾

Il sottoscritto, nato a,
il, residente a, via,
nc., C.F. telefono, nella sua
qualità di della, con
sede in, via, nc.,
telefono, fax, relativamente allo sparo di
fuochi artificiali (spettacolo pirotecnico) del giorno, circa le ore,
dall'abitato di,

DICHIARA

- 1) che la suddetta Società/Ditta/Associazione è abilitata ai servizi di assistenza sanitaria con provvedimento n. del rilasciato dal
- 2) di aver preso cognizione della tipologia della manifestazione e delle relative esigenze sanitarie;
- 3) di avere predisposto un idoneo servizio di assistenza sanitaria, la cui consistenza, in dotazione di uomini e mezzi di soccorso, appare sufficiente alle necessità rilevate.

S. Marcello P.se, li

in fede ⁽²⁾

.....

(1) deve essere redatta su carta intestata dell'Associazione, Società, ecc.

(2) allegare fotocopia non autenticata di un documento del dichiarante