

## PALESTRE, IMPIANTI SPORTIVI E SIMILI

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

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

### COMUNICA

la cessazione dell'attività di:

- ☐ Palestra  
☐ Impianto sportivo  
☐ altro

(specificare)

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**