

Per le attività balneari stagionali, precedentemente autorizzate, specificare esattamente la tipologia dell'attività ai sensi del R.R. n. 11/2009 ed allegare soltanto i documenti di cui al punto 6 e 7.

- Copia attestato di versamento di € **A01005390400 00000 218 000 : causale diritti SISF**, da versare con bonifico bancario : BNL IT 03 presentando il modello allegato debitamente compilato
- Copia del documento di identità del richiedente ;
- Copia del diploma professionale di chi opera all'interno dell'attività (per attività di estetica; acconciatore/parrucchiere, tatuaggi etc.);
- Relazione sul metodo di sterilizzazione (per attività di estetica e servizi alla persona; acconciatore/parrucchiere, tatuaggi, etc.);
- Relazione descrittiva dell'attività ;
- Elenco delle attrezzature;
- pianta (redatta da tecnico abilitato, in firma digitale) di tutti i piani e della copertura in scala 1:100 con indicazione della dimensione complessiva dell'opera, della destinazione d'uso dei singoli locali, delle relative misure lineari e di superficie netta, della disposizione delle macchine e degli impianti (lay out), degli impianti igienico sanitari;sezioni in scala 1:100 e in numero necessario alla completa comprensione dell'opera (non meno di due sezioni significative) con l'indicazione dell'altezza netta dei piani (minima e media), delle contro-soffittature,relazione tecnica sulle modalità di aerazione artificiale (se presente)

Documentazione da allegare alla presente :

Timbro e Firma

Titolare/rappresentante legale della Soc. _____ tel./cell. _____

Generalità del richiedente: Nome e Cognome _____

si richiede parere igienico sanitario per l'attività di seguito indicata :

città _____

Per i locali siti in _____

Oggetto: Richiesta parere igienico sanitario

Alla ASL RMF
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
sede di _____

Rev. 09 del 17/08/2014

ASL ROMA F
Via Torneo di Trilano 89/a
00053 Civitavecchia (RM)

+39.06.968.89100
fax: +39.06.968.89100
P.ive 04743741003

Dipartimento di Prevenzione UOC SISP
+39.06.968.69.477-144
e mail sisp1@aslrmf.it
per protocollo@prevenimf.it

L'attestazione di pagamento va presentata a corredo della richiesta.
Il pagamento può essere effettuato anche con bonifico bancario intestato ad ASL RM/F presso BNL Civitavecchia
CODICE IBAN : IT034910053904000600218000

AVVERTENZE:

Codice **AM 18.5 Diritto SISP** (Mod erog. Amministrative, altro tariffario)

titolare / rappresentante legale della Ditta / Società _____

il / / C.F./ P.Iva _____

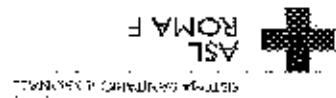
nato/a (per gli stranieri indicare solo lo stato di nascita) _____ ()

_____ (cognome)

Si prega di provvedere alla riscossione della somma di € _____ da parte di (nome)

OGGETTO: Pagamenti diritto SISP -

CUP - AZIENDA U.S.L. RM/F



- Planimetria (redatta da tecnico abilitato in firma digitale) di tutti i piani e della copertura in scala 1:100 con indicazione della dimensione complessiva dell'opera, della destinazione d'uso dei singoli locali, delle relative misure lineari e di superficie netta, della superficie finestra apribile e non, dei rapporti di illuminazione ed aerazione naturali, della disposizione delle macchine e degli impianti (lay-out), degli impianti igienico sanitari, sezioni in scala 1:100 e in numero necessario alla completa comprensione dell'opera (non meno di due sezioni significative) con l'indicazione dell'altezza netta dei piani (minima e media), delle controsoffittature e relazione tecnica sulla modalità di aerazione artificiale (se presente).
- Elenco delle attrezzature;
- Relazione descrittiva dell'attività;
- Copia documento di identità valido;
- Copia attestato di versamento previsto dalla DGR 10740/95 da versare con bonifico bancario intestato alla ASL RM/F Via Terme di Tralano n° 39/a Civitavecchia - BNL di Civitavecchia IBAN: IT 03A01005390400000218000 - Causale Diritto S.I.S.P. - oppure direttamente presso gli sportelli CUP Aziendali presentando l'allegato modello debitamente compilato.

Documentazione da allegare:

Titolare/rappresentante legale della Soc. _____ tel./cell. _____

Generalità del richiedente: Nome e Cognome _____

<input type="checkbox"/>	ALBERGO	<input type="checkbox"/>	OSTELLO DELLA GIOVENTU'
<input type="checkbox"/>	CASA PER FERIE	<input type="checkbox"/>	APPARTAMENTO PER VACANZE
<input type="checkbox"/>	CASA PER VACANZE	<input type="checkbox"/>	BED & BREAKFAST
<input type="checkbox"/>	AFFITTACAMERE	<input type="checkbox"/>	ALTRO

si richiede parere igienico sanitario per l'attività di seguito indicata:

Per i locali siti in _____
città _____

Oggetto: Richiesta parere igienico sanitario

Alla ASL RMF
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
sede di _____

Rev. 08 del 17/09/2014

L'attestazione di pagamento va presentata a corredo della richiesta.
Il pagamento può essere effettuato anche con bonifico bancario intestato a ASL RMF presso BNL Civitavecchia.
CODICE IBAN : IT030100535040050000218005

AVVERTENZE:

Codice AM 18.5. Diritti SISF (Mod erog. Amministrative, altro tariffario)

titolare / rappresentante legale della Ditta / Società _____

il / / C.F./P.Iva _____

nato/a (per gli stranieri indicare solo lo stato di nascita) _____

(cognome) _____

Si prega di provvedere alla riscossione della somma di € _____ da parte di (nome) _____

OGGETTO: Pagamenti diritti SISF -

CUP - AZIENDA U.S.L. RM/F