

Rev. 10 del 26.01.2016

Alla ASL RMF
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
sede di []

Oggetto: Richiesta parere igienico sanitario

Generalità del richiedente: Nome e Cognome []

Titolare/representante legale della Soc. []

Per i locali siti in [] Via [] n. []

telefono [] cellulare []

Richiede parere igienico sanitario per l'attività di seguito indicata :

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

Documentazione da allegare :

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 finestrata 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 contro- soffittature e relazione tecnica sulle 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 Traiano n° 39/a Civitavecchia - BNL di Civitavecchia IBAN :IT 03A010053904000000218000 Causale Diritti S.I.S.P - oppure direttamente presso gli sportelli CUP Aziendali presentando l'allegato modello debitamente compilato



ISTITUTO SANITARIO NAZIONALE
ASL
ROMA F



REGIONE
LAZIO

CUP - AZIENDA U.S.L. RM4

Oggetto: Pagamento diritti SISP

Si prega di provvedere alla riscossione della somma di € [] da parte
del Sig./ra (nome) []
(cognome) []
nato/a (per gli stranieri indicare solo lo stato di nascita) []
il [] / [] / [] Codice Fiscale / Partita Iva []
titolare / rappresentante legale della Ditta / Società []

Codice **AM 18,5 Diritti SISP** (Mod erog. Amministrative, altro tariffario)

AVVERTENZE:

L'attestazione di pagamento va presentata a corredo della richiesta.
Il pagamento può essere effettuato anche con bonifico bancario presso BNL Civitavecchia;
CODICE IBAN : IT03A010053904000000218000

ASL ROMA F
Via. Torino di Todi no. 99/c
00053 Civitavecchia (LT)

+39.06.968 69100
www.aslrmf.it
diret. 0746741205

Circolo di Prevenzione U.C.C. SISP
+39.06.968 68 477-144
email sisp1@aslrmf.it
fax prstrollo@pac.aslrmf.it

Rev. 10 del 26.01.2016

Alla ASL RM4

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

sede di []

Oggetto : Richiesta parere igienico sanitario

Per i locali siti in Via [] n. []

Città [] Provincia []

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

[]

Generalità del richiedente: Nome e Cognome []

Titolare/representante legale della Soc. []

telefono [] cellulare []

Timbro e Firma

Documentazione da allegare alla presente :

- 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 superficie finestrata 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 contro-soffittature, relazione tecnica sulle modalità di aerazione artificiale (se presente)
- Elenco delle attrezzature;
- Relazione descrittiva dell'attività ;
- Relazione sul metodo di sterilizzazione (per attività di estetica e servizi alla persona; acconciatore/parrucchiere, tatuaggi, etc...) ;
- Copia del diploma professionale di chi opera all'interno dell'attività (per attività di estetica; acconciatore/parrucchiere, tatuaggi etc...)
- Copia del documento di identità del richiedente ;
- Copia attestato di versamento di € da versare con bonifico bancario : **BNL IT 03 A01005390400 00000 218 000 : causale diritti SISP** , oppure direttamente al CUP di questa Azienda, presentando il modello allegato debitamente compilato

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 ai punti 6 e 7 .



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 4



CUP - AZIENDA U.S.L. RM4

Oggetto: Pagamento diritti SISP

Si prega di provvedere alla riscossione della somma di € [] [] [] [], [] [] da parte
del Sig./ra (nome) []
(cognome) []
nato/a (per gli stranieri indicare solo lo stato di nascita) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ([] [])
il [] [] / [] [] / [] [] [] [] Codice Fiscale / Partita Iva [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
titolare / rappresentante legale della Ditta / Società [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Codice **AM_18.5 Diritti SISP** (Mod erog. Amministrative, altro tariffario)

AVVERTENZE :

*L'attestazione di pagamento va presentata a corredo della richiesta.
Il pagamento può essere effettuato anche con bonifico bancario presso BNL Civitavecchia:
CODICE IBAN : IT03A01005390400000000218000*

Rev. 10 del 26.01.2016

ASL RMF

SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

Sede di _____

Oggetto: Richiesta di parere igienico sanitario dei locali da adibire a :

- STRUTTURA RESIDENZIALE PER MINORI:** Casa famiglia
 Gruppo-appartamento
 Comunità educativa
- STRUTTURA PER ADULTI CON DISABILITA':**
- SEMIRESIDENZIALE RESIDENZIALE Casa famiglia
 Comunità alloggio
- STRUTTURA PER ANZIANI:**
- SEMIRESIDENZIALE RESIDENZIALE Casa famiglia
 Comunità alloggio
 Casa di riposo
 Casa-albergo
- STRUTTURA PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI:**
- SEMIRESIDENZIALE RESIDENZIALE Comunità alloggio
 Casa famiglia
 Comunità di pronta accoglienza
- STRUTTURA RESIDENZIALE PER DONNE IN DIFFICOLTA':** Casa famiglia
 Comunità alloggio
 Comunità di pronta accoglienza
- (ai sensi della L.R. n. 41/2003 , D.G.R. n. 1305/2004 , D.G.R. 375/2011 , D.G.R. 126/2015)*
- MENSA SOCIALE**
- ACCOGLIENZA NOTTURNA**
- SERVIZI PER LA VACANZA :**
- SEMIRESIDENZIALE RESIDENZIALE per Minori
 per Anziani
 per Adulti con disabilità
- SERVIZI DI EMERGENZA E PRONTO INTERVENTO ASSISTENZIALE:**
- CENTRO DIURNO :** per Minori
 per persone con disabilità
 per Anziani
 per Persone con problematiche Psico-sociali

(ai sensi della L.R. n. 41/2003 , D.G.R. n. 1304/2004 , D.G.R. 125/2015)



Il/la Sottoscritto/a _____
Titolare/raappresentante legale della Società _____
nato/a a _____
residente in _____ Via _____ n° _____
sede legale _____
sede unità produttiva via _____
città _____
p.iva/ codice fiscale _____
telefono n° _____ cellulare _____

chiede

un sopralluogo presso la struttura di cui sopra al fine di ottenere il parere igienico sanitario dei locali.

Timbro e Firma

Documentazione da allegare alla domanda (da presentare esclusivamente sul questo modello):

- 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 superficie finestrata apribile e non, dei rapporti di illuminazione ed aerazione naturali, della disposizione 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 sulle modalità d'aerazione artificiale (se presente).
- Regolamento interno dell'attività ;
- Relazione descrittiva sui servizi prestati e descrizione dell'organizzazione delle attività svolte come previsto dall'art. 1 (comma 2), art. 8 e 11 della L. R. 41/2003 ;
- Copia del documento di identità del richiedente ;
- Attestazione di versamento di € _____ da effettuare presso gli sportelli CUP Aziendali presentando il modello allegato debitamente compilato, oppure con bonifico bancario intestato alla ASL RM/F Via Terme di Traiano n° 39/a Civitavecchia- presso BNL di Civitavecchia codice IBAN : IT 03A010053904000000218000 – Causale : Diritti S.I.S.P.-



CUP - AZIENDA U.S.L. RM4

Oggetto: Pagamento diritti SISP

Si prega di provvedere alla riscossione della somma di € , da parte del Sig./ra (nome) (cognome) nato/a (per gli stranieri indicare solo lo stato di nascita) il / / Codice Fiscale / Partita Iva titolare / rappresentante legale della Ditta / Società

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

AVVERTENZE:

L'attestazione di pagamento va presentata a corredo della richiesta.
Il pagamento può essere effettuato anche con bonifico bancario presso BNL Civitavecchia:
CODICE IBAN : IT03A0100539040000000218000