

Alla ASL RMF
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
sede di _____

Oggetto: Richiesta parere igienico sanitario dei locali

Vista la richiesta del Sig./Sig.ra _____ titolare/rappresentante legale
della Soc. _____ telefono/cellulare _____
si richiede parere igienico sanitario per i locali siti in via/piazza _____ n. _____
città _____
da adibire all'attività di _____

Documentazione da allegare alla presente :

- 1) Planimetria datata e firmata da tecnico abilitato 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)
- 2) Elenco delle attrezzature;
- 3) Relazione descrittiva dell'attività ;
- 4) Relazione sul metodo di sterilizzazione -per attività di estetica e servizi alla persona; acconciatore/parrucchiere, tatuaggi, etc...- ;
- 5) Copia del diploma professionale di chi opera all'interno dell'attività (per attività di estetica; acconciatore/parrucchiere, tatuaggi etc...) e per ogni altra attività che preveda titoli di specializzazione
- 6) Copia attestato di versamento, previsto dalla DGR 10740/95, 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 compilato;
- 7) Copia di documento di identità valido

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

Oggetto: Richiesta nel proprio interesse di parere igienico sanitario della struttura da adibire ad attività ricettive sociali

Vista la richiesta presentata dal Sig. _____, titolare/rappresentante legale della Società _____ telefono _____ cellulare _____

si richiede parere igienico sanitario della struttura sita in _____

Via/p.zza _____ n. _____ da adibire alla attività di :

☐ **STRUTTURA RESIDENZIALE PER MINORI:**

- ☐ Casa famiglia
- ☐ Gruppo-appartamento
- ☐ Comunità educativa

☐ **STRUTTURA PER ADULTI CON DISABILITÀ:**

☐ 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 DIFFICOLTÀ:**

- ☐ 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 e smi)

☐ **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 D.G.R. n. 1304/2004 e smi)

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

- 1 planimetria di tutti i piani e della copertura in scala 1:100 (datate e firmate da tecnico abilitato) 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 di aerazione artificiale (se presente);
2. Regolamento interno dell'attività ;
3. 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 e smi ;
4. Copia del documento di identità del richiedente ;
5. Attestazione di versamento - *Tariffario Regionale DGR 10740/95 punto 2.1.0-* di **€ 61,97** fino a 5 vani aggiungendo, per ogni vano ulteriore al quinto, € 4,13: il pagamento può essere effettuato presso gli sportelli CUP Aziendali presentando apposito modello allegato oppure con bonifico bancario intestato alla ASL RM/F Via Terme di Traiano n° 39/a Civitavecchia presso BNL di Civitavecchia codice IBAN : IT 03A0100539040000000218000 – Causale Diritti S.I.S.P.-

Alla ASL RMF
 Servizio Igiene e Sanità Pubblica
 sede di _____

Oggetto: Richiesta parere igienico sanitario dei locali

Vista la richiesta del Sig./Sig.ra _____ titolare/rappresentante
 legale della Soc. _____ telefono/cellulare _____
 si richiede parere igienico sanitario per i locali _____
 siti in _____
 città _____

da adibire all'attività di :

- | | |
|---|---|
| <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 :

- 1) Planimetria datata e firmata da tecnico abilitato 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);
- 2) Elenco delle attrezzature;
- 3) Relazione descrittiva dell'attività ;
- 4) Copia documento di identità valido;
- 5) 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 03A0100539040000000218000 - Causale Diritti S.I.S.P - oppure direttamente presso gli sportelli CUP Aziendali presentando il modello allegato debitamente compilato.