

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 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 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 (datare 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 controsoffitte 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.