

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/rappresentante legale della Società _____
nato/a a _____ il ____-____-_____
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 di 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.-

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