

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/rappresentante 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 .

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