

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/rappresentante 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 03A0100539040000000218000 Causale Diritti S.I.S.P - oppure direttamente presso gli sportelli CUP Aziendali presentando l'allegato modello debitamente compilato

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*