

All'Azienda Sanitaria Unica Regionale – Area Vasta 1
Dipartimento di Prevenzione - UOC Igiene e Sanità Pubblica -
Ambiente e Salute

Il sottoscritto:

Cognome _____	Nome _____	C.F. _____
Studio/Società _____	P. IVA _____	
Sede/Domicilio: Via/Piazza _____	n° _____	Comune _____
Cap _____	Tel. _____	Cell. _____
PEC _____		
Ordine/Collegio _____	Prov. _____	iscrizione n° _____

in qualità di progettista delle opere all'interno del procedimento unico contestualmente attivato da:

DITTA, RAGIONE O DENOMINAZIONE SOCIALE		

C.F. / P. IVA _____		
Sede in Via/Piazza _____	n° _____	Comune _____
Cap _____	Tel. _____	Fax _____
PEC _____		
di cui è:		
<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> PROCURATORE	<input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE
il Sig. _____		

PROGETTO
chiede , ai sensi delle norme vigenti, il parere igienico sanitario per l'allegato progetto, avente per oggetto: _____ _____

A tal fine, si allega la seguente documentazione (barrare):

- Elaborati grafici (stato di fatto, di progetto e comparativo)
- Diritti sanitari
- Scheda n° 1 (aerazione/ventilazione artificiale)
- Scheda n° 2 (modello unico notifica art.67 D.Lgs. 81/2008)

DATI GENERALI DELL'IMMOBILE

L'immobile, di proprietà del Sig. _____,
 è ubicato in Via/Piazza/Area _____ n° _____
 Località _____ Comune _____

distinto al catasto:

	<i>Foglio</i>	<i>Mappale o Particella</i>	<i>Sub.</i>
Individuazione del sito:			

<p style="text-align: center;">Destinazione urbanistica dell'area</p> <p><i>(Allegare stralcio del PRG vigente e/o adottato, evidenziando l'esatta ubicazione dell'area e dell'immobile interessato)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agricola <input type="checkbox"/> Commerciale <input type="checkbox"/> Produttiva <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Sportiva <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	---

<p style="text-align: center;">Destinazione d'uso futura del fabbricato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Industriale <input type="checkbox"/> Artigianale <input type="checkbox"/> Ufficio <input type="checkbox"/> Magazzino/Deposito <input type="checkbox"/> Ricovero attrezzi <input type="checkbox"/> Commerciale <input type="checkbox"/> Turistico-ricettivo <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Struttura sanitaria <input type="checkbox"/> Struttura socio-assistenziale <input type="checkbox"/> Strutture educative <input type="checkbox"/> Altro: _____
--	---

<p style="text-align: center;">Lavori di</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nuova costruzione <input type="checkbox"/> Ampliamento <input type="checkbox"/> Cambio di destinazione d'uso <input type="checkbox"/> Ristrutturazione <input type="checkbox"/> Straordinaria manutenzione <input type="checkbox"/> Sanatoria <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	--

<input type="checkbox"/> Variante al titolo abilitativo edilizio _____
--

<p>Precisare se l'immobile è ubicato in un'area pubblica o demaniale</p> <p><i>Il manufatto rientra nel campo di applicazione previsto dall'ordinanza del Ministro della Salute 03.04.2002 recepita dalla Regione Marche con D.P.G.R n. 137 del 01.07.2003 e dal D.Lgs. 31.03.1998 n°114</i></p>	<p><input type="checkbox"/> sì, (conforme alla normativa vigente ed è stato richiesto il parere all'organo competente)</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>
<p>Destinazione urbanistica delle aree circostanti (almeno 200 m.)</p> <p><i>Vedasi stralcio PRG con legenda o altri strumenti urbanistici e indicazione della distanza più prossima da immobili residenziali e/o produttivi</i></p>	<p>_____</p>
<p>Fascia di rispetto</p> <p><i><u>L'immobile è posto dentro la fascia di rispetto?</u></i></p> <p><i><u>Vedasi elaborato grafico con l'indicazione della distanza</u></i></p>	<p><input type="checkbox"/> sì:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> cimiteriale <input type="checkbox"/> depuratore <input type="checkbox"/> pozzi acqua potabile (comunale o privati) <p><input type="checkbox"/> no, nessuno di quelli sopra elencati</p>
<p>Approvvigionamento idrico</p> <p><i>Per pozzo privato, allegare elaborati tecnici, relazione idrogeologica e/o geotecnica (caratteristiche, ubicazione, prodotti finiti, ...)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Acquedotto comunale</p> <p><input type="checkbox"/> Pozzo privato (indicare la distanza dalla rete idrica comunale: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
<p>Smaltimento acque reflue</p> <p><i>Le fosse settiche nonché tutti i sifoni sono dotati di canali di aerazione per l'esalazione dei cattivi odori, con sbocco oltre il tetto</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Fognatura comunale</p> <p><input type="checkbox"/> Sub-irrigazione</p> <p><i>A tal fine è stata avanzata istanza di parere agli organi tecnici competenti (Arpam, Provincia, Comune, Ato)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Altro (precisare): _____</p>
<p>Impianto di riscaldamento</p>	<p><input type="checkbox"/> sì <i>Si dichiara che gli impianti tecnologici verranno eseguiti in conformità alla normativa vigente</i></p> <p><input type="checkbox"/> no</p>
<p>Esposizione a campi elettromagnetici</p>	<p><input type="checkbox"/> sì <i>Si attesta che verranno osservate tutte le disposizioni previste dalla normativa vigente (Legge 22 febbraio 2001, n. 36, Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 luglio 2003, D.Lgs. n. 81 del 09.04.2008 ss. mm. ed int. - solo in presenza di lavoratori dipendenti)</i></p> <p><input type="checkbox"/> no</p>

Abbattimento barriere architettoniche	<input type="checkbox"/> sì <i>Si attesta che verranno osservate tutte le disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche</i> <input type="checkbox"/> no, non sono presenti barriere architettoniche
--	--

Requisiti sull'umidità Requisiti di carattere acustico Pareti Separazione tra unità abitative o tra locali adibiti a lavorazioni diverse	<i>Si dichiara che i lavori verranno eseguiti in conformità alla normativa vigente con particolare riferimento al REC</i>
---	---

Strutture destinate alla somministrazione di alimenti	Il piano cottura è dotato di: <input type="checkbox"/> alimentazione elettrica <input type="checkbox"/> alimentazione a gas <input type="checkbox"/> altro: _____
--	--

Presenza di canne fumarie oltre il tetto in conformità al REC <i>Vedasi elaborati e relazione tecnica allegata</i>	<input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> Fumi di combustione da piano cottura <input type="checkbox"/> Fumi di combustione da caldaia <input type="checkbox"/> Fasi di lavorazione <input type="checkbox"/> no
--	---

Rapporti di illuminazione e di areazione <u>Indicare negli elaborati grafici, la superficie finestrata apribile con colorazione diversa</u>	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme <input type="checkbox"/> Non conforme, ma migliorativo
---	--

Locali	Altezza	Superficie in pianta (Sp)	Volume	Superficie finestrata				Rapporto aerante naturale		Rapporto illuminante naturale	
				Apribile (Sfa)		Illuminante (Sfi)		RA	RAp	RI	Rlp
				parete	soffitto	parete	soffitto				

Sp= Superficie pavimento
Sfa = Superficie finestrata apribile
Sfi = Superficie finestrata illuminante
RA = Rapporto aerante minimo (Sup. calpestio del locale x 1/16, espresso in mq.)
RI = Rapporto illuminante minimo (Sup. calpestio del locale x 1/8, espresso in mq.)
Rlp = Rapporto illuminante di progetto (espresso in mq.)
Rap = Rapporto aerante di progetto (espresso in mq.)

Aerazione/ventilazione artificiale	E' presente un impianto di aerazione artificiale <input type="checkbox"/> sì (allegare scheda n. 1) <input type="checkbox"/> no
---	---

<p align="center">Presenza di Materiale Contenente Amianto</p> <p>(riferito sia alla struttura che agli impianti presenti)</p>	<input type="checkbox"/> sono totalmente assenti materiali contenenti amianto
	<input type="checkbox"/> sono presenti materiali contenenti amianto: <i>a tal fine è stato predisposto un programma di controllo e manutenzione periodica sullo stato di conservazione del materiale contenente amianto ai sensi dell' art. 249 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 , n. 81 ss. mm. ed int. e del D.M. 06.09.1994</i> <input type="checkbox"/> <i>non sono oggetto di intervento</i> <input type="checkbox"/> <i>sono oggetto di intervento con la previsione di:</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> confinamento <input type="checkbox"/> incapsulamento <input type="checkbox"/> sono presenti materiali contenenti amianto: è prevista la rimozione <i>(verrà presentata apposita notifica all'organo competente)</i>

<p>Rischio Legionella</p>
<input type="checkbox"/> no, non presente <input type="checkbox"/> sì, <i>si attesta che verrà effettuato un programma di valutazione secondo le Nuove Linee Guida 2015 relative alla Legionella (All.11)</i>

CARATTERISTICHE DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

<p align="center">Tipologia di attività</p> <p>(come indicato dalla camera di commercio)</p>	<input type="checkbox"/> Verniciatura <input type="checkbox"/> Ristorante <input type="checkbox"/> Carpenteria <input type="checkbox"/> Pizzeria <input type="checkbox"/> Legno <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Allevamento <input type="checkbox"/> Gelateria <input type="checkbox"/> Supermercato <input type="checkbox"/> Pasticceria <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	---

<p>Trattasi di lavorazioni <u>industriali</u> con più di tre dipendenti?</p>	<input type="checkbox"/> sì: allegare art. 67 del D.Lgs 81/08 (scheda n° 2) <input type="checkbox"/> no: allegare la relazione igienico sanitaria contenente: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1) la descrizione dell'oggetto delle lavorazione effettuate, le principali modalità di esecuzione delle stesse, la tipologia di macchinari impiegati 2) numero dei lavoratori addetti; 3) modalità di smaltimento dei rifiuti solidi e smaltimento acque reflue di lavorazione; 4) informazioni relative ad eventuali emissioni in atmosfera e di inquinamento acustico; 5) le materie prime utilizzate; 6) se vi è o meno la produzione di polveri/vapori/odori/gas all'interno dei luoghi di lavoro; 7) la presenza o meno di impianti di aspirazione (indicare l'ubicazione dei punti di prelievo); 8) eventuale relazione aziendale 9) se presenti scoperti esclusivi, indicare le destinazioni d'uso delle aree e delle vie di circolazione ▶ layout aziendale con relativa legenda
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ relazione aziendale (se prevista)
<p>Attività settore alimentare</p> <p>(D.P.R. 327/80 ss. mm. ed int., Reg.CE 852/2004, reg. 853/2004, ecc..)</p>	<p>Relazione igienico sanitaria contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1) la descrizione dell'oggetto delle lavorazioni effettuate, la tipologia di macchinari impiegati 2) numero dei lavoratori addetti; 3) modalità di smaltimento dei rifiuti solidi e smaltimento acque reflue di lavorazione 4) informazioni relative ad eventuali emissioni di vapori/fumi 5) percorsi sporco-pulito addetti e carico-scarico merci ▶ layout aziendale con relativa legenda

DIRITTI SANITARI

Tariffario Delibera regionale n. 548 del 15.03.1999 ss. mm. ed int.

<p>Numero delle singole unità abitative</p> <p>.....</p>		<p><input type="checkbox"/> € 91,17 (parere su progetto per ogni attività produttiva) TOT.....</p> <p><input type="checkbox"/> € 60,78 (parere su progetto per ogni unità abitativa) TOT.....</p>
<p>Numero delle singole attività produttive</p> <p>.....</p>		<p>per modifiche/ristrutturazioni si applica una aliquota del 50% su tutte le voci, per i pareri su ampliamenti si applica l'aliquota intera relativamente alla sola porzione di ampliamento, in caso di situazioni miste (modifiche più ampliamenti) si applicheranno le rispettive aliquote sopra precisate</p> <p>Si allega pagamento effettuato tramite:</p> <p><input type="checkbox"/> IBAN Area Vasta 1: IT81F031110260000000008161</p> <p><input type="checkbox"/> Casse ASUR</p> <p>indicando nella causale: <u>parere per progetto edilizio</u></p>

Indicare eventuali pareri già rilasciati dal questa Azienda Sanitaria:

protocollo n° _____ del _____ richiedente _____

protocollo n° _____ del _____ richiedente _____

protocollo n° _____ del _____ richiedente _____

N.B. Il Dipartimento di Prevenzione valutata la documentazione presentata, si riserva di chiedere chiarimenti ai fini della definizione della pratica.

**TIMBRO DELLA DITTA
E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

ovvero sottoscrizione digitale

**TIMBRO E FIRMA
DEL TECNICO ABILITATO**

ovvero sottoscrizione digitale

**TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO
(come definito all'art.2, c. 1, lett. B del D.Lgs. 81/08)**

ovvero sottoscrizione digitale

Pesaro li

N.B. Si raccomanda di barrare/compilare ogni singola voce (pertinente al progetto) al fine di snellire la procedura di valutazione del progetto edilizio; ogni voce non barrata/compilata potrà essere oggetto di richiesta di integrazione.

