

**ALLA A.S.P. DI .....**  
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
**Servizio Igiene e Sanità Pubblica**  
**Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione**

**Per il tramite del SUAP**  
**del Comune di .....**

**OGGETTO : richiesta di parere di idoneità igienico-sanitaria dei locali da destinare a Casa Riposo per anziani**

Il/la sottoscritto/a:

Cognome:..... Nome:.....

Codice Fiscale: ..... Telefono: ..... FAX: .....

Data di nascita .... / ..... / ..... Cittadinanza ..... Sesso  M  F

PEC .....@.....

Luogo di nascita: Comune ..... Provincia ..... Stato .....

Residenza: Comune ..... Provincia .....

Via/Piazza ..... N°..... C.A.P .....

nella sua qualità di:

**Titolare dell'omonima impresa individuale:**

Partita I.V.A. (se già iscritto): .....

con sede legale nel Comune di ..... Provincia .....

Via/Piazza ..... N°..... C.A.P ..... Tel .....

N. d'iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) ..... CCIAA di .....

**Legale rappresentante della Società/Ente:**

Denominazione o ragione sociale .....

Codice Fiscale: ..... Partita I.V.A. (se diversa da C.F.): .....

PEC .....@.....

con sede legale nel Comune di ..... Provincia .....

Via/Piazza ..... N°..... C.A.P ..... Tel .....

N. d'iscrizione al Registro Imprese ..... CCIAA di .....

**CHIEDE**

Ai sensi del D.M. 21 maggio 2001 n. 308 ( *requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a norma dell'art. 11 della Legge 8 novembre 2000 n. 328* ) per le finalità della L.R. n. 23 del 5 dicembre 2003

il parere di idoneità igienico-sanitaria sui locali

l'approvazione delle tabelle dietetiche <sup>1</sup>

relativamente alla CASA DI RIPOSO PER ANZIANI ubicata nei locali siti nel comune di \_\_\_\_\_ ( prov. \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

quale :

NUOVA APERTURA

VARIAZIONI AI LOCALI RISPETTO A QUANTO AUTORIZZATO IN PRECEDENZA ( aut. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ )

**ALLEGA :**

- Elaborato grafico** dei locali in scala 1:100, timbrato e firmato da professionista abilitato (Geom., Ing., Arch. ) con l'indicazione per ogni locale delle superfici di calpestio, delle altezze, delle finestre apribili e delle destinazioni, comprensivo di lay-out degli arredi ed attrezzature comprese quelle destinate alla preparazione degli alimenti destinati agli ospiti ( i parametri e gli indici da utilizzare sono quelli riportati nell'allegato al D.M. n. 308/2001 )
- Documentazione** utile a dimostrare l'avvenuta regolarizzazione dal punto di vista edilizio della struttura e delle eventuali opere interne eseguite ( certificato di agibilità, DIA edilizia, SCIA edilizia, comunicazione attività libera ecc... )
- Dichiarazione di conformità** alle norme di sicurezza, relativa all'impianto elettrico installato ( D.M. n. 37/2008 )
- Tabelle dietetiche settimanali**
- Attestazione di versamento** della tariffa fissata dalla \_\_\_\_\_ sul C/C postale n. \_\_\_\_\_ - causale = prestazioni Igiene e Sanità Pubblica

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Firmare anche con dispositivo di firma digitale

<sup>1</sup> Va effettuata separatamente, in ogni caso, la notifica all'ASP per la registrazione sanitaria dell'attività ai sensi dell'art. 6 del REG CE n. 852/04

## Cronologia degli aggiornamenti del modello

Data	Modifica apportata	La modifica è sostanziale e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti?
23/03/2015	Aggiornamento codice interno modulo	No