****

**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:  TITOLARE PROCURATORE 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Individuazione del sito:** | *Foglio* | Mappale o Particella | *Sub.* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinazione urbanistica dell'area**  *(Allegare stralcio del PRG vigente e/o adottato, evidenziando l'esatta ubicazione dell'area e dell'immobile interessato)* |  Agricola   Commerciale   Produttiva   Residenziale   Sportiva   Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinazione d’uso futura del fabbricato** |  Industriale   Artigianale   Ufficio   Magazzino/Deposito   Ricovero attrezzi   Commerciale   Turistico-ricettivo   Residenziale   Struttura sanitaria   Struttura socio-assistenziale   Strutture educative   Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lavori di** |  Nuova costruzione   Ampliamento   Cambio di destinazione d’uso   Ristrutturazione   Straordinaria manutenzione   Sanatoria   Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Variante al titolo abilitativo edilizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

| **Precisare se l'immobile è ubicato in un'area pubblica o demaniale**  *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* |  si, (conforme alla normativa vigente ed è stato richiesto il parere all’organo competente)   no |
| --- | --- |
| **Destinazione urbanistica delle aree circostanti (almeno 200 m.)**  *Vedasi stralcio PRG con legenda o altri strumenti urbanistici e indicazione della distanza più prossima da immobili residenziali e/o produttivi* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Fascia di rispetto**  *L'immobile è posto dentro la fascia di rispetto?*  *Vedasi elaborato grafico con l'indicazione della distanza* | si:  cimiteriale  depuratore  pozzi acqua potabile  *(comunale o privati)*  no, nessuno di quelli sopra elencati |
| **Approvvigionamento idrico**  *Per pozzo privato, allegare elaborati tecnici, relazione idrogeologica e/o geotecnica*  *(caratteristiche, ubicazione, prodotti finiti, ...)* | Acquedotto comunale  Pozzo privato *(indicare la distanza dalla rete idrica comunale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )*  Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Smaltimento acque reflue**  *Le fosse settiche nonché tutti i sifoni sono dotati di canali di aerazione per l’esalazione dei cattivi odori, con sbocco oltre il tetto* | Fognatura comunale  Sub-irrigazione  *A tal fine è stata avanzata istanza di parere agli organi tecnici competenti (Arpam, Provincia, Comune, Ato)*  Altro (precisare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Impianto di riscaldamento** | si  *Si dichiara che gli impianti tecnologici verranno eseguiti in conformità alla normativa vigente*  no |
| **Esposizione a campi elettromagnetici** | sì  *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)*  no |

|  |  |
| --- | --- |
| **Abbattimento barriere architettoniche** | sì  *Si attesta che verranno osservate tutte le disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche*  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** | *Si dichiara che i lavori verranno eseguiti in conformità alla normativa vigente con particolare riferimento al REC* |

| **Strutture destinate alla somministrazione**  **di alimenti** | Il piano cottura è dotato di:  alimentazione elettrica  alimentazione a gas  altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
| **Presenza di canne fumarie oltre il tetto in conformità al REC**  *Vedasi elaborati e relazione tecnica allegata* | sì:  Fumi di combustione da piano cottura  Fumi di combustione da caldaia  Fasi di lavorazione  no |

| **Rapporti di illuminazione e di areazione**  *Indicare negli elaborati grafici, la superficie finestrata apribile con colorazione diversa* | | | | | |   Conforme  Non conforme  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** | **RIp** |  |  |
| 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.)**

**RIp = 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  si (allegare scheda n. 1)  no |

|  |  |
| --- | --- |
| **Presenza di Materiale Contenente Amianto**  (riferito sia alla struttura che agli impianti presenti) | **sono totalmente assenti materiali contenenti amianto** |
| **sono presenti materiali contenenti amianto:**  *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*   * *non sono oggetto di intervento* * *sono oggetto di intervento con la previsione di:*   confinamento  incapsulamento   **sono presenti materiali contenenti amianto:**  **è prevista la rimozione** (*verrà presentata apposita notifica all’argano competente)* |

|  |
| --- |
| **Rischio Legionella**  no, non presente  sì, *si attesta che verrà effettuato un programma di valutazione secondo le Nuove Linee Guida 2015 relative alla Legionella (All.11)* |

**CARATTERISTICHE DEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di attività**  (come indicato dalla camera di commercio) |  Verniciatura   Carpenteria   Legno   Allevamento   Supermercato   Ambulatorio |  Ristorante   Pizzeria   Bar   Gelateria   Pasticceria   Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Trattasi di lavorazioni industriali con più di tre dipendenti? |  si: allegare art. 67 del D.Lgs 81/08 (scheda n° 2)   no: allegare la relazione igienico sanitaria contenente:  **⏵ 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  **⏵**  relazione aziendale (se prevista) |
| Attività settore alimentare  (D.P.R. 327/80 ss. mm. ed int., Reg.CE 852/2004, reg. 853/2004, ecc.,) | Relazione igienico sanitaria contenente:  ⏵ **1)** la descrizione dell'oggetto delle lavorazione 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.

| **Numero delle singole unità**  **abitative**  **Numero delle singole**  **attività produttive** | **..........**  **….…..** |  € 91,17 (parere su progetto per ogni attività produttiva) TOT…………....   € 60,78 (parere su progetto per ogni unità abitativa) TOT……………  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  **Si allega pagamento effettuato tramite:**   IBAN Area Vasta 1: IT81F0311102600000000008161   Casse ASUR  indicando nella causale: ***parere per progetto edilizio*** |
| --- | --- | --- |

**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 TIMBRO E FIRMA**

**E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**  **DEL TECNICO ABILITATO**

**ovvero sottoscrizione digitale 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 lì**

**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.**