****

**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 RAPPRESENTANTEil 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 | Superficiein pianta( Sp ) | Volume | Superficie finestrata | Rapportoaerantenaturale | Rapportoilluminantenaturale |  |  |
| 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 ASURindicando 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.**