|  |
| --- |
| un livello copiaCOMUNE CERVETERI |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |

**REGIONE LAZIO**

**COMUNE DI CERVETERI**

**ALLEGATO SANITARIO**

**PER ACCONCIATORI, ATTIVITA’ DI ESTETICA NON MEDICA E RICOSTRUZIONE UNGHIE**

*(da presentare al SUAP del Comune territorialmente competente unitamente alla SCIA alla richiesta di certificazione sanitaria e alla eventuale documentazione integrativa)*

**Dichiarazione ai fini del rispetto dei requisiti igienico/sanitari.**

*(D.P.R. 380/2001, D. Lgs. 152/2006, D.P.R. 227/2011, D.M. 37/2008, D.P.R. 462/2001, D.P.R. 151/2011, L. 241/1990, D. Lgs.*

*81/2008, L. 13/1989, D.M. 236/1989, D.G.R. Lazio 424/2001, L. 1/1990, L. 174/2005, L.R. Lazio 33/2001, Decreto Ministero*

*Sviluppo Economico 12 maggio 2011 n. 110 e normative specifiche di settore)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/La sottoscritto/a** | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome | | | | | | nome | | | | | | | |
| luogo di nascita | | | provincia o stato estero di nascita | | | | | | data di nascita | | | | |
| codice fiscale | | | cittadinanza | | | | | | sesso **□ M □ F** | | | | |
| comune di residenza | | | provincia o stato estero di residenza | | | | | | C.A.P. | | | | |
| via, viale, piazza, | | | numero civico | | | | | | telefono | | | | |
| **🞎 in qualità di titolare dell’omonima impresa individuale** | | | | | | | | | | | | | |
| codice fiscale  **⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜** | | | | |  | | | | | | partita IVA (se già iscritto)  **⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜** | | |
| sede nel comune di | | | | | provincia o stato estero | | | | | | C.A.P. | | |
| via, viale, piazza, | | | | | numero civico | | | | | | telefono | | |
| iscrizione al Registro Imprese | presso la Camera di Commercio I.A.A. di | | | | | | | numero Registro Imprese | | | | | Numero REA |
| domicilio digitale *(conforme a quanto previsto dall’art. 4 D.L.179/2012 convertito con L.221/2012)* | | | | | | indirizzo di posta elettronica *(conforme a quanto previsto dagli artt.21 L.413/1991 e 5 D.L.179/2012 convertito con L.221/2012)* | | | | | | | |
| **🞎 in qualità di legale rappresentante della società** | | | | | | | | | | | | | |
| denominazione sociale | | | | | | | | | | | | | |
| codice fiscale **⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜** | | | |  | | | | | | partita IVA (se diversa dal codice fiscale)**⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜** | | | |
| sede nel comune di | | | | provincia o stato estero | | | | | | C.A.P. | | | |
| via, viale, piazza, | | | | numero civico | | | | | | telefono | | | |
| iscrizione al Registro Imprese | | presso la Camera di Commercio I.A.A. di | | | | | numero Registro Imprese | | | | | Numero REA | |
| domicilio digitale *(conforme a quanto previsto dall’art. 4 D.L.179/2012 convertito con L.221/2012)* | | | | | | indirizzo di posta elettronica *(conforme a quanto previsto dagli artt.21 L.413/1991 e 5 D.L.179/2012 convertito con L.221/2012)* | | | | | | | |

ai fini del rispetto dei requisiti igienico sanitari per l’attività di .......................................................................................

denominazione …………………………………………………………………………………………………………….

svolta nei locali siti in …………………….. Via/P.za .....................................................................................................

*ai sensi degli artt. 21, 38, 46 ,47 e 76 del DPR 445/00 consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge*

*per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alprovvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità*:

🞏

**DICHIARA**

🞏 di essere nato/a …..………..……..………………………..…(Prov .………) il .................................................

🞏 di essere residente in ……………………………………………………………….………... (Prov .………)

Via/P.za ………..………….……………………………………..…n. ………… CAP ......................................

n. tel. mobile ……………………n. tel. fisso ………………... e-mail ...............................................................

🞏 di avere il Cod. Fisc. |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|;

🞏 di essere il legale rappresentante della ..............................................................................................................

con sede legale in ……………………………………………………………………...…..… (Prov. …….…)

Via/P.za ………..………….……………………………………..…n. ………… CAP ......................................

P.Iva |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, C.F.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,

iscritta alla C.C.I.A.A. di ……………………………… al n° ………..…………….. del …………………..

🞏 che il responsabile tecnico (per l’attività di estetica/parrucchiere) in possesso dell’abilitazione professionale prevista dalla normativa vigente è ……………………………………………………………….………………………..…..

**REQUISITI AMBIENTALI E STRUTTURALI**

🞏 che i locali sono aerati:

□ naturalmente (finestratura apribile 1/8 della superficie del pavimento)

□ artificialmente mediante impianto meccanico

🞏 che i locali sono illuminati:

□ naturalmente (superfici vetrate)

□ artificialmente

🞏 di avere personale dipendente: 🞏 SI 🞏 NO

se SI, indicare:

- ADDETTI Maschi ………. Femmine ………. Totale ……….

- SERVIZI IGIENICI WC n. ………. Lavabi n. ………. Spogliatoi n. ……….

servizi riscaldati: 🞏 SI 🞏 NO

acqua calda lavabi: 🞏 SI 🞏 NO

🞏 che il numero di postazioni di lavoro è: poltrone attrezzate n. ………., box/lettini n. ……….

🞏 che la biancheria utilizzata è: 🞏 monouso 🞏 lavabile

🞏 che l’esercizio dispone di stipetti per conservare la biancheria pulita: 🞏 SI 🞏 NO

🞏 che dispone di contenitori chiusi lavabili per la biancheria sporca: 🞏 SI 🞏 NO

🞏 che sono prodotti rifiuti pericolosi: 🞏 SI 🞏 NO

se SI, indicare le procedure adottate per il corretto smaltimento .......................................................................

.........................................................................................................................................................................

- che sono presenti contenitori per i rifiuti sufficienti per il fabbisogno giornaliero (contenitori rigidi per aghi e taglienti e sacchi impermeabili per raccolta rifiuti non taglienti): 🞏 SI 🞏 NO

- che è presente uno spazio per lo stoccaggio temporaneo dei rifiuti pericolosi: 🞏 SI 🞏 NO

**ATTREZZATURE, MACCHINARI E PROCEDURE**

🞏 che i trattamenti estetici offerti alla clientela sono (p.e. manicure e pedicure estetico, ceretta depilatoria, massaggi estetici, sauna, solarium, ecc.):

a. ……………………………………….

b. ……………………………………….

c. ………………………………………

d. ………………………………………

e. ………………………………………

🞏 che le apparecchiature elettromeccaniche utilizzate nell’attività sono:

- tra quelle previste nell’allegato 1 del Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 12 maggio 2011, n. 110 🞏 SI 🞏 NO

- che le caratteristiche tecnico-dinamiche, i meccanismi di regolazione, le modalità di esercizio e di applicazione e le cautele d’uso degli apparecchi elettromeccanici ad uso estetico sono conformi a quanto previsto nell’allegato 2 del Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 12 maggio 2011, n. 110

🞏 SI 🞏 NO

🞏 che le apparecchiature elettromeccaniche utilizzate nell’attività sono (specificare n. di scheda corrispondente dell’allegato 2):

a. .................................................................................................................................... → scheda n. ………

b. .................................................................................................................................... → scheda n. ………

c. .................................................................................................................................... → scheda n. ………

d. .................................................................................................................................... → scheda n. ………

e. .................................................................................................................................... → scheda n. ………

f. ..................................................................................................................................... → scheda n. ………

🞏 che è presente in sede il manuale d’uso e manutenzione per tutte le apparecchiature presenti: 🞏 SI 🞏 NO

🞏 che sono presenti apparecchiature generanti raggi UV:

🞏 SI 🞏 NO

se SI, indicare per ciascuna il tipo e modalità di smaltimento delle lampade UV esaurite:

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

🞏 che l’esercizio è provvisto di sterilizzatore: 🞏 SI 🞏 NO

se SI, indicare tipo (autoclave, stufa a calore secco, ecc.) e indicare procedure di sterilizzazione:

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

🞏 se NO, indicare elenco del materiale (disinfettanti, antisettici, ecc.) e della strumentazione e le modalità

utilizzate per la decontaminazione, sterilizzazione e/o disinfezione ad alto livello:

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

🞏 che si usano punte e/o taglienti nell’attività (forbici, aghi, rasoi, ecc.): 🞏 SI 🞏 NO

se SI, specificare quali e descrivere le modalità di disinfezione/sterilizzazione e/o di smaltimento:

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

🞏 che le cautele adottate a tutela degli utenti nella conduzione igienica dell’attività sono:

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

**DOCUMENTAZIONE E CERTIFICAZIONI**

🞏 di essere in possesso del certificato di agibilità rilasciato in data |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| prot. ..................................

dal Comune di Cerveteri.

🞏 che la destinazione d’uso dei locali è ................................................................................................................

🞏 che i locali sono dotati di acqua destinata al consumo umano:

□ fornita dall’acquedotto pubblico

□ fornita da acquedotto privato/pozzo aut. n. …….. del …….…..… rilasciata da ……………. con Giudizio

di Idoneità richiesto/rilasciato dal SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) della ASL ai sensi del D.L.vo n. 31/2001 art. 6 punto 5 bis con nota prot. n. ..……............. del ………………….

🞏 che le acque reflue sono smaltite mediante:

□ fognatura comunale - autorizzazione allo scarico n. ……………....… del ……………..………..

rilasciata da ..............................................................................................................................................

□ idoneo sistema di smaltimento alternativo – autorizzazione n. ……………. del ………………..

rilasciata da ..............................................................................................................................................

□ idoneo sistema di smaltimento alternativo - A.U.A n. …………….…. del ………………………

rilasciata dal SUAP del Comune di …………………………………………..……... ai sensi del DPR n.59/2013

*Qualora i locali non siano serviti da fognatura comunale, specificare le modalità di smaltimento alternativo* .......................................................................................................................................................

🞏 di essere in possesso della dichiarazione di conformità dell’impianto elettrico ai sensi del D.M. 37/08:

□ SI □ NO

🞏 di aver ottemperato agli obblighi di avvenuta omologazione dell’impianto elettrico presso INAIL (ex ISPESL) ed ARPA Lazio ai sensi del D.P.R. 462/01, poiché è presente personale dipendente o equiparato come definito all’art. 2 del D. Lgs. 81/08, ed essere in possesso di verifica periodica dell’impianto di messa a terra: □ SI □ NO

🞏 di essere soggetto agli obblighi di cui al DPR 151/2011 per la prevenzione incendi ed aver provveduto all'inoltro della SCIA antincendio presso i VV.F. per attività in categoria:

□ A □ B □ C □ Attività non soggetta a SCIA antincendio

🞏 di essere in possesso dell’autorizzazione in deroga rilasciata al sottoscritto, ai sensi dell’art. 65 del D. L.vo 81/08, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RM H in data ……………….. n. prot ……….. del …………………… (in caso di locali interrati adibiti a luogo di lavoro con presenza di lavoratori ex art. 2 D. L.vo 81/2008) □ SI □ NO □ NON NECESSARIO

In riferimento al **rischio di emissioni di gas endogeni pericolosi (CO2, H2S, Radon)** nel **Comuni di Cerveteri**, dichiara di aver applicato, per tutte le attività non rientranti nel campo di applicazione del D. L.vo 81/08 (assenza di personale dipendente o equiparato ex art. 2 del D. Lgs. 152/06), le misure di tutela indicate dalla ASL Roma F – Dipartimento di Prevenzione..

🞏 di essere in possesso dell’autorizzazione rilasciata al sottoscritto, ai sensi dell’art. 63 comma 1, relativo al punto 1.2 dell’Allegato 4 del D. Lgs. 81/08, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RM H in data ………. n. prot. …..…… del ……………….. (indispensabile per adibire a luogo di lavoro i locali di altezza inferiore a tre metri nelle aziende industriali e artigianali con lavoratori ex art. 2 D. Lgs. 81/2008) □ SI □ NO □ NON NECESSARIO

🞏 di aver ottemperato a quanto previsto in materia di emissioni in atmosfera, ai sensi del D.L.vo 152/2006, Parte Quinta, Titolo I (*vedi guida al riconoscimento degli adempimenti per le emissioni in atmosfera inserita nel sito istituzionale della Città Metropolitana di Roma Capitale – Servizi al cittadino*):

□ comunicazione attività in deroga art. 272 D.L.vo 152/2006 commi 1 -2 prot. n. …………….. del ……................... rilasciata da ……………………………………………………………….…..

□ attività di cui alla Parte I Allegato IV Parte V D. L.vo 152/2006 lettera ……….. non soggetta a dichiarazione

🞏 di allegare *(barrare le voci corrispondenti alla documentazione che si allega)*:

🞏 Richiesta e ricevuta del versamento dei diritti sanitari per valutazione e sopralluogo ove previsto **intestato ad ASL RM F** oppure su c/c bancario **cod. IBAN ( da rilevarsi nel sito comunale SUAP)**, indicando come causale “RILASCIO CERTIFICAZIONE SANITARIA”

🞏 una planimetria in scala 1:100 timbrata e firmata da un tecnico abilitato riportante:

*tipologia dell’attività, nominativo del richiedente, comune ed indirizzo del locale, destinazione d’uso, altezze, superfici in mq., abaco delle superfici finestrate apribili (rapporti aeroilluminanti), sezioni longitudinali e trasversali, eventuali quote di interramento; in presenza di impianto d’aerazione forzata, riportare in pianta il percorso della canalizzazione ed allegare relazione tecnica in base alla norme tecniche di riferimento (UNI 10339:95 e ss.mm.ii.)*

🞏 attestato di formazione del direttore tecnico e/o del personale dipendente conseguito presso scuola autorizzata dalla Regione Lazio

□ dichiarazione accettazione incarico di responsabile tecnico (per attività di estetica – nel caso già allegate alla SCIA)

□ fotocopia documento di identità del dichiarante e del direttore tecnico ( Già allegato alla SCIA)

Estremi del documento 1 ……………………………………………………………..

Estremi del documento 2 ……………………………………………………………..

……………………, lì ……………………

Firma del responsabile tecnico Firma del dichiarante

………………………………………

………………………………………

**I n f o r m a t i v a D . L g s. 1 9 6 / 0 3 a r t . 1 3 ( P r i v a c y )**

· I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l’istruttoria dell’istanza da lei formulata e per le finalità strettamente connesse;

· Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;

· I dati non verranno comunicati a terzi, salvo quanto necessario per l’espletamento degli obblighi connessi alla normativa in materia di diritto di accesso; in particolare, ai sensi di quanto disposto dalla L. 241/90 e s.m.i., nel caso in cui il documento richiesto contenga informazioni riferite a soggetti terzi che all’esercizio del diritto di accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, l’Azienda è tenuta a fornire loro notizia della richiesta trasmettendo copia della stessa;

· Il conferimento dei dati è obbligatorio;

· La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: **non validazione del corso**;

· Il titolare del trattamento è l’Azienda USL RM F;

· Il responsabile del trattamento è ………………………………………………………………... ………………………………;

· Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall’art. 7 del D.Lgs 196/03, rivolgendosi all’indirizzo in epigrafe.

PI 04737811002