SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA F

REGIONE LAZIO

Rev. 10 del 26.01.2016

Alla ASL RMF
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
sede di

Oggetto: Richiesta parere igienico sanitario

Generalità del richiedente: Nome e Cognome

Titolare/rappresentante legale della Soc.

Per i locali siti in Via n.

telefono cellulare

Richiede parere igienico sanitario per l'attività di seguito indicata :

- ☐ ALBERGO
- ☐ AFFITTACAMERE
- ☐ CASA PER FERIE
- ☐ CASA E PER VACANZE
- ☐ APPARTAMENTO PER VACANZE
- ☐ BED & BREAKFAST
- ☐ OSTELLO DELLA GIOVENTU'
- ☐ ALTRO

Documentazione da allegare :

Planimetria (redatta da tecnico abilitato in firma digitale) di tutti i piani e della copertura in scala 1:100 con indicazione della dimensione complessiva dell'opera, della destinazione d'uso dei singoli locali , delle relative misure lineari e di superficie netta, della superficie finestrata apribile e non , dei rapporti di illuminazione ed aerazione naturali, della disposizione delle macchine e degli impianti (lay-out), degli impianti igienico sanitari;sezioni in scala 1:100 e in numero necessario alla completa comprensione dell'opera (non meno di due sezioni significative) con l'indicazione dell'altezza netta dei piani (minima e media), delle contro- soffittature e relazione tecnica sulle modalità di aerazione artificiale (se presente);

Elenco delle attrezzature;

Relazione descrittiva dell'attività ;

Copia documento di identità valido;

Copia attestato di versamento previsto dalla DGR 10740/95 da versare con bonifico bancario intestato alla ASL RM/F Via Terme di Traiano n° 39/a Civitavecchia - BNL di Civitavecchia IBAN :IT 03A0100539040000000218000 Causale Diritti S.I.S.P - oppure direttamente presso gli sportelli CUP Aziendali presentando l'allegato modello debitamente compilato

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA F

REGIONE LAZIO

CUP - AZIENDA U.S.L. RM4

Oggetto: Pagamento diritti SISP

Si prega di provvedere alla riscossione della somma di **€** ⌈⌈⌈⌈,⌈⌈⌈ da parte del Sig./ra *(nome)* ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈ *(cognome)* ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈ nato/a *(per gli stranieri indicare solo lo stato di nascita)* ⌈⌈⌈ ⌈ ⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ (⌈⌈) il ⌈⌈ /⌈ ⌈ / ⌈ ⌈⌈⌈ Codice Fiscale / Partita Iva ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈ titolare / rappresentante legale della Ditta / Società ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈

Codice **AM 18.5** **Diritti SISP** **(** Mod erog. Amministrative, altro tariffario)

AVVERTENZE **:**

L'attestazione di pagamento va presentata a corredo della richiesta.
Il pagamento può' essere effettuato anche con bonifico bancario presso BNL Civitavecchia:
CODICE IBAN : IT03A0100539040000000218000

ASL ROMA F
Via Terme di Traiano 39/a
00053 Civitavecchia (RM)

+39.06.966 69100
www.aslrmf.it
p.iva 04743741003

Dipartimento di Prevenzione UOC SISP
+39.06.966 69 477-144
e mail sispf1@aslrmf.it
pec protocollo@pec.aslrmf.it