

**AUTOCERTIFICAZIONE/ASSEVERAZIONE
IN MATERIA IGIENICO SANITARIA
ATTESTANTE LA CONFORMITA' DEL PROGETTO
ALLE PRESCRIZIONI PREVISTE DALLE NORME VIGENTI**

ai sensi dell'art. 19 della L. 7 agosto 1990, n° 241 e s.m.i.

Il sottoscritto,

(progettista)

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 tecnico asseverante, esercente un servizio di pubblica necessità ai sensi degli articoli 359 e 481 del Codice Penale e

(titolare/società che esercita/eserciterà l'attività)

Ditta, Ragione o Denominazione sociale		

C.F. / P. IVA _____		
Sede in Via/Piazza _____	n° _____	Comune _____
Cap _____	Tel. _____	Fax _____
PEC _____		
di cui è:		
<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> PROCURATORE	<input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE
Il Sig: _____		

consapevoli che in caso di dichiarazione mendace saranno puniti ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadranno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000) e, ognuno per la propria competenza e responsabilità,

DICHIARANO

ai sensi dell'art. 47 comma 2 D.P.R. 445/2000, quanto riportato nella seguente scheda sintetica e relativi allegati, quali parte integrante e sostanziale della presente autocertificazione, di seguito indicati:

- Elaborati grafici (stato di fatto, di progetto e comparativo)
- Scheda n° 1 (aerazione/ventilazione artificiale)

Si allega inoltre:

- 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:

	<i>Foglio</i>	<i>Mappale o Particella</i>	<i>Sub.</i>
Individuazione del sito:			

<p style="text-align: center;">Destinazione urbanistica dell'area</p> <p style="font-size: small;"><i>(Allegare stralcio del PRG vigente e/o adottato, evidenziando l'esatta ubicazione dell'area e dell'immobile interessato)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agricola <input type="checkbox"/> Commerciale <input type="checkbox"/> Produttiva <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Sportiva <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	---

<p style="text-align: center;">Destinazione d'uso futura del fabbricato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Industriale <input type="checkbox"/> Artigianale <input type="checkbox"/> Ufficio <input type="checkbox"/> Magazzino/Deposito <input type="checkbox"/> Ricovero attrezzi <input type="checkbox"/> Commerciale <input type="checkbox"/> Turistico-ricettivo <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Struttura sanitaria <input type="checkbox"/> Struttura socio-assistenziale <input type="checkbox"/> Strutture educative <input type="checkbox"/> Altro: _____
--	---

Lavori di	<input type="checkbox"/> Nuova costruzione <input type="checkbox"/> Ampliamento <input type="checkbox"/> Cambio di destinazione d'uso <input type="checkbox"/> Ristrutturazione <input type="checkbox"/> Straordinaria manutenzione <input type="checkbox"/> Sanatoria <input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Variante al titolo abilitativo edilizio _____	

<p>Precisare se l'immobile è ubicato in un'area pubblica o demaniale</p> <p><i><u>Il manufatto rientra nel campo di applicazione previsto dall'ordinanza ministeriale 03.04.2003 e dal D.Lgs. 31.03.1998 n°114?</u></i></p>	<input type="checkbox"/> sì, (conforme alla normativa vigente ed è stato richiesto il parere all'organo competente) <input type="checkbox"/> no
<p>Destinazione urbanistica delle aree circostanti (almeno 200 m.)</p> <p><i><u>Vedasi stralcio PRG con legenda o altri strumenti urbanistici e indicazione della distanza più prossima da immobili residenziali e/o produttivi</u></i></p>	<p>_____</p>
<p>Fascia di rispetto</p> <p><i><u>L'immobile è posto dentro la fascia di rispetto?</u></i></p> <p><i><u>Vedasi elaborato grafico con l'indicazione della distanza</u></i></p>	<input type="checkbox"/> sì: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> cimiteriale <input type="checkbox"/> depuratore <input type="checkbox"/> pozzi acqua potabile (comunale o privati) <input type="checkbox"/> no, nessuno di quelli sopra elencati
<p>Approvvigionamento idrico</p> <p><i>Per pozzo privato, allegare elaborati tecnici, relazione idrogeologica e/o geotecnica (caratteristiche, ubicazione, prodotti finiti, ...)</i></p>	<input type="checkbox"/> Acquedotto comunale <input type="checkbox"/> Pozzo privato (indicare la distanza dalla rete idrica comunale: _____) <input type="checkbox"/> Altro: _____
<p>Smaltimento acque reflue</p> <p><i>Le fosse settiche nonché tutti i sifoni sono dotati di canali di aerazione per l'esalazione dei cattivi odori, con sbocco oltre il tetto</i></p>	<input type="checkbox"/> Fognatura comunale <input type="checkbox"/> Sub-irrigazione <i>A tal fine è stata avanzata istanza di parere agli organi tecnici competenti (Arpam, Provincia, Comune, Ato)</i> <input type="checkbox"/> Altro (precisare): _____

Impianto di riscaldamento	<input type="checkbox"/> sì <i>Si dichiara che gli impianti tecnologici verranno eseguiti in conformità alla normativa vigente</i> <input type="checkbox"/> no
Esposizione a campi elettromagnetici	<input type="checkbox"/> sì <i>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)</i> <input type="checkbox"/> no

Abbattimento barriere architettoniche	<input type="checkbox"/> sì <i>Si attesta che verranno osservate tutte le disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche</i> <input type="checkbox"/> 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	<i>Si dichiara che i lavori verranno eseguiti in conformità alla normativa vigente con particolare riferimento al REC</i>
---	---

Strutture destinate alla somministrazione di alimenti	Il piano cottura è dotato di: <input type="checkbox"/> alimentazione elettrica <input type="checkbox"/> alimentazione a gas <input type="checkbox"/> altro: _____
--	--

Presenza di canne fumarie oltre il tetto in conformità al REC <i>Vedasi elaborati e relazione tecnica allegata</i>	<input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> Fumi di combustione da piano cottura <input type="checkbox"/> Fumi di combustione da caldaia <input type="checkbox"/> Fasi di lavorazione <input type="checkbox"/> no
--	---

Rapporti di illuminazione e di areazione <u>Indicare negli elaborati grafici, la superficie finestrata apribile con colorazione diversa</u>	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme <input type="checkbox"/> 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				

Rapporti di illuminazione e di areazione <u>Indicare negli elaborati grafici, la superficie</u> <u>finestrata apribile con colorazione diversa</u>	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme <input type="checkbox"/> Non conforme, ma migliorativo

Sp= Superficie pavimento
Sfi = Superficie finestrata minima illuminante (**Sup. calpestio del locale x 1/8**)
Sfa = Superficie finestrata minima apribile (**Sup. calpestio del locale x 1/16**)
Rip = Rapporto illuminante di progetto (Sup. calpestio del locale)
RA = Rapporto aerante minimo
Rap = Rapporto aerante di progetto (Sfa/Sp)
RI = Rapporto illuminante minimo

Aerazione/ventilazione artificiale	E' presente un impianto di aerazione artificiale <input type="checkbox"/> si (allegare scheda n. 1) <input type="checkbox"/> no
---	---

Presenza di Materiale Contenente Amianto (riferito sia alla struttura che agli impianti presenti)	<input type="checkbox"/> sono totalmente assenti materiali contenenti amianto <input type="checkbox"/> sono presenti materiali contenenti amianto: <i>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</i> <input type="checkbox"/> <u>non sono oggetto di intervento</u> <input type="checkbox"/> <u>sono oggetto di intervento con la previsione di:</u> <input type="checkbox"/> confinamento <input type="checkbox"/> incapsulamento <input type="checkbox"/> sono presenti materiali contenenti amianto: è prevista la rimozione (verrà presentata apposita notifica all'organo competente)
---	---

Rischio Legionella
<input type="checkbox"/> no, non presente <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Verniciatura <input type="checkbox"/> Ristorante <input type="checkbox"/> Carpenteria <input type="checkbox"/> Pizzeria <input type="checkbox"/> Legno <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Allevamento <input type="checkbox"/> Gelateria <input type="checkbox"/> Supermercato <input type="checkbox"/> Pasticceria <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	---

<p>Trattasi di lavorazioni <u>industriali</u> con più di tre dipendenti?</p>	<p><input type="checkbox"/> si: allegare art. 67 del D.Lgs 81/08 (scheda n° 2)</p> <p><input type="checkbox"/> no: allegare la relazione igienico sanitaria contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1) la descrizione dell'oggetto delle lavorazioni 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)
<p>Attività settore <u>alimentare</u></p> <p>(D.P.R. 327/80 ss. mm. ed int., Reg.CE 852/2004, reg. 853/2004, ecc..)</p>	<p>Relazione igienico sanitaria contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1) la descrizione dell'oggetto delle lavorazioni 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.

<p>Numero delle singole unità abitative</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> € 91,17 (parere su progetto per ogni attività produttiva) TOT.....</p> <p><input type="checkbox"/> € 60,78 (parere su progetto per ogni unità abitativa) TOT.....</p> <p>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</p> <p>Si allega pagamento effettuato tramite:</p> <p><input type="checkbox"/> IBAN Area Vasta 1: IT97 A060 5502 6000 00000008161</p> <p><input type="checkbox"/> Bollettino Postale: C/C 10664613 intestato a A.S.U.R. MARCHE AREA VASTA N.1 FANO SERVIZIO TESORERIA</p> <p><input type="checkbox"/> Casse ASUR</p> <p>indicando nella causale: <u>parere per progetto edilizio</u></p>
<p>Numero delle singole attività produttive</p> <p>.....</p>	

Indicare eventuali pareri già rilasciati dal questa Azienda Sanitaria:

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
E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

ovvero sottoscrizione digitale

**TIMBRO E FIRMA
DEL TECNICO ABILITATO**

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 li

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.