

Alla ASL Roma 2
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Interzonale Progetti Abitabilità e Acque Potabili
Via del Casale de Merode n. 8
00147 Roma

Oggetto: richiesta rilascio parere igienico-sanitario per l'utilizzo di vasca fuori terra ad uso non natatorio.

Il/la sottoscritt _____ CF/P.I. _____
nato/a _____ residente a _____
in via _____ n. _____ cap _____
tel. _____ tel.cellulare _____ fax _____
pec _____ e-mai _____

dichiara ai sensi del DPR 445/2000 di ricoprire la qualifica di :

- legale rappresentante della ditta individuale / soc. _____
CF/P.I. _____ che gestisce direttamente la/e piscina/e
denominata/e _____ sita/e in via _____
- intestatario della gestione della/e piscina/e denominata/e _____
di proprietà _____
sita/e in via _____

chiede il rilascio del parere igienico-sanitario delle piscine sottoindicate:

utilizzo della vasca: acquagym Numero vasche _____
 vasca giochi Numero vasche _____
 Altro _____ Numero vasche _____

alimentata da acqua: ACEA di pozzo autorizzato a scopo potabile

aperta tutto l'anno periodo estivo

Elenco documentazione allegata alla richiesta del parere igienico-sanitario delle vasche ad uso non natatorio:

1. planimetria 1/100 della vasca;
2. relazione tecnica timbrata e firmata da un tecnico abilitato nella quale deve essere specificato: le caratteristiche della vasca (scheda tecnica della vasca fuori terra), le dimensioni, comprese le eventuali diverse profondità della vasca, l'impianto di filtrazione e di depurazione dell'acqua in vasca con centralina automatica dosatrice, il tipo di acqua con cui viene approvvigionata la vasca e come viene smaltita;

3. ricevuta di avvenuto versamento a: ASL Roma 2 – U.O.C. Interzonale Progetti Abitabilità Acque Potabili ai sensi del Tariffario Regionale tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate : codice IBAN IT 79 M 0100503221000000218020 – BNL Agenzia 21 – codice sportello 6321 - Via Tiburtina, 399 - 00159 Roma – causale: PAAP - parere igienico sanitario vasca ad uso non natatorio;
oppure tramite modulo di pagamento presso Totem o casse CUP dell’Azienda ASL Roma 2 scaricabile sul portale Aziendale con sigla M-PAAP;
4. ricevuta di avvenuto versamento ad ARPA Lazio tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate: conto Banco Posta Codice IBAN: IT 03 O 0760114600 000037438678 – causale: ARPA Lazio analisi chimica e batteriologica su campioni di acqua di piscina.
5. copia di documento di identità del titolare e/o certificato C.C.I.A.;

N.B.

Per definire esattamente gli importi di cui ai punti 3 e 4 dell’elenco sopra riportato, è necessario contattare preventivamente questo Servizio al fine di poter ricevere corretta informazione in merito, in quanto tali importi sono dipendenti dalle dimensioni della /e vasche e dall’eventuale numero delle stesse.

Data _____

Firma _____

ATTO DI DELEGA

(Da non compilare nel caso il proprietario intenda trattare personalmente con il Servizio)

Il sottoscritto _____ proprietario della struttura di cui trattasi delega
_____ tel _____ ad intrattenere rapporti per mio conto
con codesto Servizio per il buon esito dell’istanza di cui sopra e per il ritiro del parere finale.

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo