

Azienda U.S.L. Roma 2
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Igiene Pubblica
Viale Battista Bardanzellu, n. 8
00155 Roma

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Codice Fiscale _____

Residente in (Via+Cap+Comune) _____

Legale Rappresentante di _____ Partita I.V.A. _____

Indirizzo Sede Legale _____ Tel _____

Indirizzo Sede Operativa _____ Tel _____

Tipo di Attività _____

Importo da Pagare € _____ (_____ / _____)

N.B.: L'importo del pagamento aggiuntivo su esposto è stato determinato dal personale della U.O.C. Igiene Pubblica tenendo conto dei diversi fattori (Entro/Fuori dal GRA; n° di ambienti; m2, numero automezzi da autorizzare) meglio specificati nella documentazione relativa ad ogni singola pratica.

SALDO ISTRUTTORIA PRATICA PER RILASCIO CERTIFICAZIONI

- a. Richiesta parere igienico sanitario asili nido, micronido, spazio bebi
- b. Richiesta parere igienico sanitario farmacia
- c. Presa d'atto di voltura farmacia
- d. Richiesta parere igienico sanitario deposito farmaceutico
- e. Richiesta parere igienico sanitario scuole
- f. Richiesta parere igienico sanitario strutture socio assistenziali
- g. Richiesta parere igienico sanitario laboratorio tatuaggio –piercing
- h. Richiesta parere igienico sanitario scuole formazione professionale
- i. Richiesta Parere Igienico sanitario– Servizi per il Lavoro

N.B.: L'importo dovuto per le attività sopradescritte è stabilito nel rispetto del Tariffario Regionale previsto dalla D.G.R. Lazio del 19/12/1995 n. 10740 e va calcolato sul totale delle singole voci fleggiate.

Il pagamento di quanto dovuto può essere effettuato, utilizzando il presente modello, sia presso gli sportelli CUP, sia servendosi delle Postazioni Automatiche (TOTEM) della ASL Roma 2, oppure tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate – BNL - Ag. 21 Via Tiburtina n 399 – codice **IBAN: IT 79 M 01005 03221 000000218020** utilizzando l'apposita causale.



IP07

Firma e Timbro
UOC Igiene e Sanità Pubblica.