

**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 \_\_\_\_\_

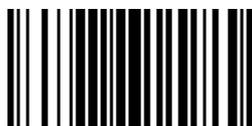
**Importo da Pagare € 191,00 (Centonovantuno/00) per ogni singola richiesta di avvio pratica di cui alla tabella sottostante**

**AVVIO 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:** Ad integrazione del versamento iniziale è previsto un pagamento a saldo (**Mod. IP07**) variabile a seconda del tipo di richiesta presentata e determinato da diversi fattori (Entro/Fuori dal GRA; n° di ambienti; m2) meglio specificati nella documentazione relativa ad ogni singola pratica.

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.



IP01