

Richiesta Parere Igienico Sanitario

ASL Roma 2
Dipartimento di Prevenzione
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica - SISP
V.le B. Bardanzellu, 8
00155 Roma
igienepubblica@aslroma2.it
PEC: dipartimento.prevenzione@pec.aslroma2.it

Il/la sottoscritt _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Cap + città _____ recapito telefonico _____
Legale rappresentante di _____
Indirizzo sede operativa _____ CAP _____
Indirizzo sede legale _____ CAP _____
e.mail/pec _____

Richiede rilascio di parere igienico sanitario per l'attività di:

- **farmacia**, per le finalità di cui all'art. 111 del R.D. 27/07/1934 n. 1265
- **laboratori di tatuaggio – piercing** ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 22/09/1998 n. 4796, previa verifica del rispetto dei requisiti previsti dalla Circolare del Ministero della Sanità DPS VI/2.8/156 e della L.R- 3 marzo 2021 n.2/2021
- **scuole ed attività scolastiche** previsto dal DM 18/12/1975 (**materne, elementari, medie, superiori**), ivi compresa l'apertura di **sezioni primavera** ai sensi dell'Accordo Quadro n. 40 del 20/03/2008 della Conferenza Stato – Regioni.
- **strutture per l'infanzia (asilo nido, micronido, spazio bebi)** ai sensi del punto 5/12 dell'allegato A parte I della DGR 23/06/1998 n. 2699, e della Determinazione Dirigenziale Comunale n. 1022 del 05/06/2013 e s.m.i.
- **strutture socio-assistenziali** ai sensi della lettera i) del comma 1 dell'art. 5 del Regolamento Regionale 18/01/2005 n. 2 di esecuzione della L.R. n.41/2003, secondo i requisiti previsti dalle Deliberazioni della Giunta Regionale 23/12/2004 n. 1304 e 1305 e successive modifiche ed integrazioni.
- **depositi per distribuzione all'ingrosso di medicinali ad uso umano** ai sensi del Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i
- **aule destinate all'attività di formazione professionale** che devono essere accreditate dalla Regione ai sensi della Direttiva 968/2007 e s.m.i.
- **accreditamento dei "Servizi per il lavoro"** da parte della Regione, ai sensi della Determinazione G 11651 dell'08/08/2014 della Direzione Regionale del Lavoro.
- Rilascio di presa d'atto di **modifica** di titolarità (voltura) di farmacie la cui certificazione igienico sanitaria risale a meno di 5 anni .
- **Altro** (riportare il riferimento normativo da cui discende l'obbligo di rilascio di certificazione)

Si allegano alla presente i seguenti documenti, come da indicazioni:

- Fotocopia del documento di identità del legale rappresentante
- Attestazione versamento contributi di istruttoria
- N. ____ planimetrie
- N. ____ dichiarazioni di conformità degli impianti
- Copia documento attestante la disponibilità dei locali
- Relazione tecnica impianto di areazione (sì) (no) _____
- Descrizione dell'attività che si intende svolgere (sì) (no) _____
- Altro: _____

Si delega alla trattazione dell'istruttoria il/la sig. _____
di cui si allega copia del documento di identità (barrare spazio in caso di non delega).

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

N.B. Si precisa che eventuali volture di titolarità degli esercizi a cui è stata rilasciato parere igienico sanitario (fatta eccezione per le farmacie) devono essere trasmesse, unitamente all'attestazione notarile di voltura e non è previsto alcun rilascio di atto da parte del Servizio Sisp

Roma, li _____

(firma leggibile del legale rappresentante)

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 e trattati secondo quanto previsto dalle normative vigenti