

Dipartimento di Prevenzione

**UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica**

Via IV Novembre, 46 - 36100 Vicenza

Spett. Azienda ULSS 8 “Berica”

Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Via IV Novembre 46,

36100 VICENZA (VI)

(selezionare un'opzione)

 Trasmissione a mezzo P.E.C.<sup>1</sup> all'indirizzo [protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it](mailto:protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it) Trasmissione a mezzo P.E.O.<sup>2</sup> all'indirizzo [dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it](mailto:dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it)

Oggetto: **Richiesta facoltativa preventiva di valutazione progetti/consulenza per la predisposizione di pratiche estranee al portale [impresainungiorno.gov.it](http://impresainungiorno.gov.it).**

(MODELLO COMPILABILE DIGITALMENTE)

**IL RICHIEDENTE PARERE, SOTTOSCRITTO/A**

DENOMINAZIONE				
	Cognome		Nome	
RESIDENZA				
	Comune		CAP	Indirizzo
DOMICILIO				
	Comune		CAP	Indirizzo
CODICE FISCALE				

**IN QUALITÀ DI** (oltre ai riquadri 1 o 2, se si incarica un tecnico o il richiedente è un tecnico, compilare anche il riquadro 3)

1	<input type="checkbox"/>	Persona fisica	CONTATTI		
				Telefono	E-mail

2	<input type="checkbox"/>	Persona giuridica	Ragione sociale		
SEDE LEGALE					
	Comune		CAP	Indirizzo	
PARTITA I.V.A.					
CONTATTI					
			Telefono	E-mail	

3	<input type="checkbox"/>	Tecnico incaricato			
			Qualifica	Ragione sociale	
SEDE LEGALE					
	Comune		CAP	Indirizzo	
CONTATTI					
			Telefono	E-mail	PEC

<input type="checkbox"/>	DICHIARO DI DELEGARE IL TECNICO/DI ESSERE DELEGATO DAL MIO COMMITTENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI CONTENUTI NELLA PRATICA, AL RITIRO DEL PARERE E A TUTTE LE ALTRE ATTIVITÀ PROPEDEUTICHE ALLA GESTIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA				
RIF. TECNICO					
	Cognome (se non già indicato sopra)			Nome (se non già indicato sopra)	
COMMITTENTE					
	Cognome (se non già indicato sopra)			Nome (se non già indicato sopra)	
CONTATTI COMMITTENTE					
			Telefono (se non già indicato sopra)	E-mail (se non già indicato sopra)	

<sup>1</sup> Posta Elettronica Certificata<sup>2</sup> Posta Elettronica Ordinaria

**CHIEDE IL RILASCIO DI UNA VALUTAZIONE PREVENTIVA DI NATURA IGIENICO-SANITARIA PER IL FABBRICATO E/O I LOCALI UBICATI PRESSO**

UBICAZIONE			
	Comune	CAP	Indirizzo
RIFERIMENTI CATASTALI			
	Foglio/i	Mappale/i	Particella/e

**PER UN PROGETTO CHE PREVEDE DESTINAZIONE D'USO**

AMBITO/I	<input type="checkbox"/>	Agricola	<input type="checkbox"/>	Industriale
	<input type="checkbox"/>	Allevamenti zootecnici e/o stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale	<input type="checkbox"/>	Palestre della salute
	<input type="checkbox"/>	Artigianale/servizi alla persona	<input type="checkbox"/>	Palestre sportive
	<input type="checkbox"/>	Cimiteriale	<input type="checkbox"/>	Residenziale
	<input type="checkbox"/>	Commerciale/pubblico esercizio	<input type="checkbox"/>	Turistica/Ricettiva
	<input type="checkbox"/>	Direzionale	<input type="checkbox"/>	Sanitario
	<input type="checkbox"/>	Edilizia scolastica/aule ad uso didattico	<input type="checkbox"/>	Sociale
	<input type="checkbox"/>	Industria insalubre	<input type="checkbox"/>	Socio-sanitario
	<input type="checkbox"/>	Altro: _____		

*Specificare*

**PER LAVORI DI**

<input type="checkbox"/>	Nuova realizzazione e/o Inizio attività	<input type="checkbox"/>	Demolizione e/o Ampliamento	<input type="checkbox"/>	Ristrutturazione	<input type="checkbox"/>	Cambio destinazione d'uso
<input type="checkbox"/>	Altro: _____						

*Specificare*

**AL FINE DI ESERCITARE LA SEGUENTE ATTIVITÀ**

<i>Specificare</i>

**SI RITIENE INOLTRE DI RICHIEDERE VALUTAZIONI DI MERITO DA PARTE DEI SEGUENTI SERVIZI, ferme restando le prerogative istruttorie dell'U.O.C. S.I.S.P. relative al coinvolgimento di altri Servizi**

<input checked="" type="checkbox"/>	U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)
<input type="checkbox"/>	U.O.C. Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione (S.I.A.N.)
<input type="checkbox"/>	U.O.C. Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.P.I.S.A.L.)
<input type="checkbox"/>	U.O.C. Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale (S.I.A.O.A.)
<input type="checkbox"/>	U.O.C. Servizio Veterinario di Sanità Animale (S.V.S.A.)
<input type="checkbox"/>	U.O.C. Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (S.I.A.P.Z.)

**SEGNALO ALTRESÌ CHE L'IMPIANTO E/O IL PROGETTO**

<input type="checkbox"/>	Ricade all'interno della fascia di rispetto cimiteriale (R.D. 1265/1934 e smi)
<input type="checkbox"/>	È oggetto di vincolo culturale, paesaggistico (D.Lgs. 42/2004 e smi)
<input type="checkbox"/>	È soggetto ai controlli di prevenzione incendi (D.P.R. 151/2011 e smi)
<input type="checkbox"/>	È presentato nell'ambito di procedimenti ambientali (D.Lgs. 152/2006 e smi)
<input type="checkbox"/>	È legato all'ottenimento di finanziamenti pubblici/privati
<input type="checkbox"/>	Altro: _____

*Specificare*

**ED È STATO PREVENTIVAMENTE VISIONATO PRESSO L'U.O.C. S.I.S.P. IN DATA**

--

**DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE LA CONSULENZA RICHIESTA È RESA A PAGAMENTO AI SENSI DEL TARIFFARIO UNICO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI RESE DAI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE ULSS DI CUI ALLA D.G.R.V. 1251/2015 E A TAL PROPOSITO INDICO I SEGUENTI DATI DI FATTURAZIONE**

DATI DI FATTURAZIONE (specificare anche con allegati casistiche diverse o particolari)		Compilare solo <u>una</u> delle due colonne. <b>TUTTI I DATI SONO OBBLIGATORI PENA LA MANCATA EMISSIONE DEL PARERE.</b> In caso di erronea o incompleta compilazione dei dati la fatturazione sarà emessa a carico del richiedente.					
		<input type="checkbox"/> Persona giuridica			<input type="checkbox"/> Persona fisica		
RAGIONE SOCIALE					COGNOME		
PARTITA IVA					NOME		
CODICE FISCALE <sup>3</sup>					CODICE FISCALE		
SEDE LEGALE					INDIRIZZO		
CODICE ALFANUMERICO DESTINATARIO FATTURAZIONE ELETTRONICA A 7 CIFRE (SDI)							

**Documentazione da allegare (la carenza di documentazione produrrà la mancata presa in carico della richiesta o la richiesta di integrazione):**

1. Dichiarazione per marca da bollo virtuale secondo il modulo incorporato nel presente modello;
2. Elaborato/i grafico/i in scala non inferiore ad 1:100 timbrato e firmato<sup>4</sup> dal tecnico incaricato riportante/i:
  - Cartiglio con indicati almeno oggetto della richiesta, indirizzo del sito, data di revisione dell'elaborato, denominazioni del richiedente e del professionista;
  - Inquadramento territoriale dell'impianto (scala non inferiore ad 1:500);
  - Piante, prospetti, sezioni (se utili ai fini della valutazione), degli stati legittimo/autorizzato, di fatto, di progetto e comparativo;
  - Destinazione d'uso di ogni locale<sup>5</sup>/spazio ed eventuali *layout* di arredi, sanitari, macchinari, impianti, attrezzature, percorsi sporchi e puliti, ecc. se utili ai fini della valutazione o richiesti da norme di settore;
  - Tabella di sintesi o indicazione chiara dei dati stereometrici di base per ogni locale (superfici, altezze, cubature, dimensioni e tipologie serramenti, rapporti di aerazione e illuminazione, quote ecc.).
3. Relazione tecnica riportante:
  - Breve descrizione del contesto delle opere e della specifica richiesta oggetto di valutazione;
  - Descrizione del ciclo produttivo con eventuale documentazione a supporto (in relazione all'attività e al tipo di richiesta, ad. es. elenco macchinari/attrezzature/impianti, sostanze e miscele impiegate, ecc.);
  - Caratteristiche (supportate da documentazione tecnica) degli eventuali impianti di aerazione artificiale;
4. Altri atti propedeutici alla valutazione della specifica richiesta (titoli edilizi, precedenti pareri, determinazioni di altri enti, documentazione fotografica, dichiarazioni di conformità impiantistiche, rilievi strumentali ecc.).

I punti 2, 3 e 4 di cui sopra costituiscono elenco ideale per una valutazione completa, il richiedente/professionista potrà modulare quantità e qualità degli elaborati in funzione della natura della richiesta.

Si ricorda, che lo strumento del parere preventivo non costituisce l'atto d'assenso previsto dal D.P.R. 380/01 e smi, non sostituisce autocertificazioni, asseverazioni o certificazioni previste dall'art. 19 della L.241/90 e smi e non si configura come consulenza funzionale all'istruttoria di cui all'art. 1 comma 3 del D.Lgs. 222/2016 e smi ed inoltre è valevole per la sola istanza al quale si riferisce. Il parere sarà rilasciato solo a seguito della ricezione di evidenza del saldo dell'importo addebitato debitamente comunicato dall'ufficio, che perfezionerà l'istruttoria.

Data

Firma (per esteso e leggibile)

<sup>3</sup> Compilare se diverso dalla partita IVA. I liberi professionisti sono intesi come persone giuridiche.

<sup>4</sup> Firma autografa o digitale.

<sup>5</sup> Intesi come ambienti interni al fabbricato separati gli uni dagli altri da pareti a tutta altezza e porte.

Dipartimento di Prevenzione

**UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica**

Via IV Novembre, 46 - 36100 Vicenza

Spett. Azienda ULSS 8 “Berica”

Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Via IV Novembre 46,

**36100 VICENZA (VI)**

Oggetto: **Dichiarazione ex art.li 38, 46 e 47 D.P.R. 445/2000 in merito all'assolvimento dell'imposta di bollo ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 642/1972 e smi e dell'art. 3 del D.M. 10/10/2011.**

**IL SOTTOSCRITTO/A**

DENOMINAZIONE	Cognome		Nome	
NATO A	Comune	Provincia	IL	Data
RESIDENZA	Comune	CAP	Indirizzo	

**IN QUALITÀ DI**

Persona giuridica/fisica

Tecnico incaricato

Con esclusivo riferimento all'istanza di richiesta facoltativa di valutazione per la predisposizione di progetti/consulenza preventiva per pratiche estranee al *portale impresainungiorno.gov.it* presentata con il presente modello da

RICHIEDENTE	Cognome		Nome		IN DATA	Data
RIFERIMENTI DEL SITO OGGETTO DI VALUTAZIONE	Comune	CAP	Indirizzo			
	Foglio/i	Mappale/i	Particella/e	Subalterno/i		

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, **DICHIARA** che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo di seguito identificata sono stati assolti

	<b>Legenda dati identificativi</b>	
1 - Valore [€]		1
2 - Data di emissione		2
3 - Dati identificativi rivenditore		3
4 - Codice di sicurezza		4

Applicare la marca da bollo cartacea

Ad ogni marca da bollo dovrà corrispondere singola dichiarazione

**DICHIARA INOLTRE** di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservare l'originale contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione e di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi identificativi della marca da bollo per istanze diverse. Dichiaro altresì di essere informato ed acconsentire al trattamento, anche mediante sistemi automatizzati, dei dati raccolti nel rispetto del Reg. (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018.

**N.B. Si allega scansione dell'originale di un valido documento di riconoscimento del dichiarante.**

Data e Firma (per esteso e leggibile)