SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

REGIONE LAZIO

_____li_____

Alla Spett.le **Azienda Sanitaria Locale Rieti**
Dipartimento di Prevenzione - U.O.C. Servizio I.S.P.
Via del Terminillo n. 42 02100 Rieti
dipartimentoprevenzione.asl.rieti@pec.it

OGGETTO: Richiesta Nulla Osta Sanitario *con/senza sopralluogo,* per *attività/lavori* di

_____ presso la proprietà sita in

via_____

nel Comune di_____(RI)

Foglio_____Particella/e_____Sub_____.

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a a _____ il_____/____/_____

residente in via_____n. _____

nel Comune di_____(RI)

recapiti telefonici (abitazione)_____(cellulare)_____

CHIEDE

Il rilascio del Nulla Osta Sanitario di cui all'oggetto.

Allega alla presente:

1) Copia del documento di identità in corso di validità;
2) Versamento di (*barrare l'opzione desiderata*):

☐ **€ 77,47 (voge 02) + rimborso chilometrico (€ 0,52 x Km A/R) per Nulla Osta Sanitario con sopralluogo;**

☐ **€ 51,65 per Nulla Osta - Sanitario senza sopralluogo;**

Da Versare su:

- C.C.P. **10416022** intestato a: **A.S.L. Rieti, Via del Terminillo n.42** causale: **richiesta Nulla Osta Sanitario;**

Oppure da versare presso il:

- **C.U.P.** della **A.S.L. Rieti** (Rieti, Osteria Nuova, Passo Corese, Antrodoco, Sant'Elpidio)

Oppure da versare attraverso bonifico bancario:

IBAN: IT15K0100514600000000218110 intestato a: **A.S.L. Rieti, Via del Terminillo n.42** causale: **richiesta Nulla Osta Sanitario.**

3) **Tre copie** delle planimetrie dei locali opportunamente quotati con superfici e altezze, con destinazione di utilizzo per ciascuno vano (Scala 1:100 - 1:200);
4) **Tre copie** della Relazione Tecnico - Descrittiva dell'attività e dei locali utilizzati, che dovrà contenere:
   - ✓ Descrizione dei locali e dell'attività svolta;
   - ✓ Modalità di approvvigionamento idrico;
   - ✓ Modalità di smaltimento delle acque reflue;
   - ✓ Superfici Aero/Illuminanti;
   - ✓ Relazione geologica (*ove necessario);*

✓ Abbattimento delle barriere architettoniche (*ove necessario*).

Il/La Richiedente

_____

Trattamento dei dati personali

"Sono consapevole che i dati indicati nel presente modulo e allo stesso eventualmente allegati verranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, nel rispetto del Regolamento 2016/679/UE al solo scopo di gestire l'esposto nonché per il rispetto di suoi obblighi di legge. Sono consapevole, altresì, che i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento potranno essere esercitati scrivendo al Responsabile Protezione Dati all'indirizzo dpo@asl.rieti.it"

Data ..... Firma.....