

_____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 Parere Igienico - 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 Parere Igienico - Sanitario Preventivo in oggetto.

Allega alla presente:

- 1) Copia del documento di identità in corso di validità;
- 2) Versamento di (*barrare l'opzione desiderata*):
 - € 77,47 (voce 02) + rimborso chilometrico (€ 0,52 x Km A/R) per Parere Igienico Sanitario con sopralluogo;
 - € 51,65 per Parere Igienico - Sanitario senza sopralluogo;

Da Versare su:

- C.C.P. 10416022 intestato a: **A.S.L. Rieti, Via del Terminillo n.42 causale : richiesta Parere Igienico - 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: IT15K010051460000000218110 intestato a: **A.S.L. Rieti, Via del Terminillo n.42 causale: richiesta Parere Igienico - 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

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i suoi dati personali, acquisiti tramite il presente modulo, saranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici e cartacei per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione del presente richiesta e per finalità statistiche e non saranno diffusi o comunicati a terzi. I dati saranno conservati sino al completamento delle attività connesse alla prestazione richiesta incluse quelle amministrative. In qualsiasi momento, con una comunicazione trasmessa alla Asl Rieti – Via del Terminillo 42, 02100 Rieti anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo: dpo@asl.rieti.it, potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento fra i quali quello di accedere ai dati, chiederne la rettifica o la cancellazione nei casi previsti per legge. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato in riferimento a quanto indicato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CHE PRECEDE

Data

Firma.....