

Asl Rieti  
Dipartimento di Prevenzione  
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica  
Via del Terminillo, 42  
02100 RIETI

**OGGETTO: Richiesta Parere Igienico-Sanitario preventivo su progetto con / senza sopralluogo, per locali / attività / lavori di:** \_\_\_\_\_

**siti/a in via / piazza** \_\_\_\_\_

**nel Comune di** \_\_\_\_\_ **(RI)**

**Sezione** \_\_\_\_\_ **Foglio** \_\_\_\_\_ **Particella** \_\_\_\_\_ **Sub** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ ( )

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rilascio del Nulla-Osta Igienico-Sanitario in oggetto allegando alla presente:

1. Planimetrie con sezioni dei locali opportunamente quotati con superfici, altezze, rapporti aero-illuminanti, destinazione di utilizzo di ciascun vano, layout interno arredi ed attrezzature (Scala 1:50 – 1:100);
2. Relazione tecnica descrittiva dell'attività e dei locali utilizzati, che dovrà contenere:
  - a) Descrizione dei locali e dell'attività svolta;
  - b) Modalità dell'approvvigionamento idrico;
  - c) Modalità dello smaltimento delle acque reflue;
  - d) Superfici Aero-Illuminanti;
  - e) Certificati di conformità degli impianti (L. 46/'90);
  - f) Abbattimento barriere architettoniche (*se necessario*).
3. Versamento (Barrare la voce richiesta):
  - Con sopralluogo € 77,47 + rimborso chilometrico (0,52 x Km andata + ritorno)
  - Senza sopralluogo € 51,65

Da effettuare nelle seguenti modalità:

- C.U.P. della ASL (Rieti – Osteria Nuova – Passo Corese – Antrodoco – S. Elpidio)
- C.C.P. 10416022 intestato a ASL Rieti via del Terminillo n. 42 - Causale: Rilascio Parere
- Bonifico Bancario IBAN: IT15K0100514600 000000218110  
Intestato ASL RIETI - Causale: Rilascio Parere

4. Fotocopia documento di identità valido

In fede

Rieti li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## 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](mailto:dpo@asl.rieti.it), potrà esercitare i diritti di cui agli art. 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 \_\_\_\_\_