

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE AI FINI DEL PARERE
IGIENICO SANITARIO PER L'AUTORIZZAZIONE SANITARIA ALLA VENDITA DEI
PRESIDI SANITARI

ARTT. 21/22 D.P.R. 23/04/2001 n°290

- Domanda in bollo: redatta utilizzando l'apposito modello (allegato n. 1) ed inoltrata al Sindaco del Comune ove ha sede l'attività. La domanda va compilata dal Titolare o Legale Rappresentante o Procuratore o Delegato della Ditta il quale oltre alle proprie generalità deve indicare in che qualità presenta la domanda. Vanno poi dichiarati ragione sociale sede legale della Ditta e nome e cognome ed indirizzo dell'institore o del procuratore o di chi è preposto dal titolare alla vendita.
- Planimetria (come da allegato n. 1) – in triplice copia – firmata dal tecnico professionista estensore.
- Relazione tecnico descrittiva utilizzando l'apposito modello (allegato n. 2) – in triplice copia.
- Copia del certificato di abilitazione alla vendita
- Attestazione di versamento (come da allegato n. 1).

Si rammenta, inoltre, che i titolari di depositi e locali per il commercio e la vendita di presidi sanitari che si trovano nelle condizioni previste dal D.P.R. 19 Marzo 1956 n. 303 e successive modifiche e/o integrazioni concernenti norme sull'igiene e sicurezza del lavoro, sono tenuti ad effettuare le modifiche prescritte dalla suddetta norma.

N.B.: È obbligatorio il possesso delle certificazioni di conformità dell'impianto elettrico, termico ed idrosanitario.

AL SIG. SINDACO

DI _____

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA PER LA VENDITA DEI PRESIDI SANITARI

Il sottoscritto _____ nat_ il ___/___/___ a
 _____ residente a _____ via
 _____ in possesso del titolo di
 studio _____ e del certificato di abilitazione
 alla vendita n° _____ del ___/___/___ in qualità di
 _____ della ditta
 _____ con sede in
 _____ via _____

C.F./P. I.V.A. _____

Chiede il rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria (artt. 21/22 D.P.R. 23/04/2001 N. 290)

 Vendita Depositodei presidi sanitari classe T+ T XN XI attenzione manipolare con prudenza Si precisa che i locali hanno una superficie di mq _____ e risulta institore operatore preposto alla
 vendita, nome _____ cognome
 _____indirizzo
 _____certificato di abilitazione alla vendita n° _____ del ___/___/___ eventuale autorizzazione
 sanitaria precedente n. _____ del ___/___/___I locali potranno essere ispezionati a partire dal (**)_ ___/___/___ ; per il sopralluogo potrà essere
 contattato il Sig. _____ al n° telefonico

in orario di servizio.

Allega la seguente documentazione:

1. planimetria in pianta non inferiore a 1:500 degli ambienti con indicata superficie, altezza, verifica separata dei rapporti aeranti ed illuminanti con indicazione delle destinazioni d'uso di ciascun locale facente parte dell'esercizio, della disposizione spaziale degli impianti e delle attrezzature (Lay out) datata e firmata dal tecnico incaricato (in triplice copia)
 2. relazione tecnica con descrizione dei locali, degli impianti e delle attrezzature secondo modello allegato (in triplice copia)
 3. certificato di abilitazione alla vendita n° _____ del _____ (se di classe T+ T XN si deve avere un registro di carico e scarico vidimato dal Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione in duplice copia)
 4. attestazione di versamento (o copia) su C/C postale n. 12108155, intestato a: A.S.L. 20 – Servizio Igiene e Sanità Pubblica – per il pagamento delle competenze igieniche.
- Sarà cura del comune inviare al S.I.A.N. del Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. 20 la presente domanda corredata dei relativi allegati

Data _____

In fede (firma)

NOTE: (*) Nel caso vengano svolte più attività barrare tutte le voci corrispondenti

(**) La data da indicare dovrà tener conto anche dei tempi necessari per allestire i locali, compresa la posa di arredi ed attrezzature; in ogni caso, non dovrà superare il termine massimo di 45 giorni oltre la data di presentazione della presente domanda.

ALLEGATO N. 2

MODELLO DI RELAZIONE TECNICO DESCRITTIVA PER L'AUTORIZZAZIONE SANITARIA ALLA
VENDITA DEI PRESIDII SANITARI ARTT. 21/22 D.P.R. 23/04/2001 n°290

RELAZIONE TECNICO DESCRITTIVA di locali, impianti ed attrezzature dell'esercizio di:

Vendita

Deposito

Sito _____ in _____ Via _____

Ditta _____

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

dell'istitutore o del Procuratore o di chi è Preposto alla vendita, certificato di abilitazione n° _____

del ___/___/___

La disposizione dei locali e la loro destinazione d'uso sarà quella indicata nell'allegata planimetria in scala 1/_____, aggiornata, datata e firmata dal tecnico incaricato.

I locali, in numero di _____, sono dotati delle seguenti caratteristiche igienico sanitarie (per ciascun locale pertinente all'esercizio specificare le seguenti caratteristiche: ubicazione, superficie, altezza, aerazione, pavimentazione, pareti, dispositivi di protezione contro roditori, insetti, ecc.):

DEPOSITO PRESIDII SANITARI

Ubicazione: fuori terra Si No

Se NO: specificare _____

Superficie mq. _____ altezza m. _____

Aerazione: naturale Si No

Se artificiale specificare: apparecchiatura, caratteristiche tecniche e n. ricambi d'aria/ora

Pavimentazione _____ (specificare _____ il _____ materiale)

Pareti _____ (specificare _____ il _____ materiale)

Dispositivi di protezione contro insetti, roditori, ecc. Si No

LOCALE VENDITA

Ubicazione: fuori terra Si No

Se NO specificare _____

Superficie mq. _____ altezza m. _____

Aerazione: naturale

Se artificiale specificare: apparecchiatura caratteristiche tecniche e n. ricambi d'aria/ora

- Pavimentazione (specificare _____ il _____ materiale)

Pareti (specificare _____ il _____ materiale)

Dispositivi di protezione contro insetti, roditori, ecc. Si No

SERVIZI IGIENICI

Ubicazione: fuori terra Si No

Se NO specificare _____

Superficie mq. _____ altezza m. _____

Aerazione: naturale

Se artificiale specificare: apparecchiatura caratteristiche tecniche e n. ricambi d'aria/ora

- Pavimentazione (specificare _____ il _____ materiale)

Pareti (specificare il materiale) _____

Accessori:

lavabo con erogazione a comando non manuale Si No

distributore di sapone liquido Si No

asciugamani non riutilizzabili o elettrici Si No

SPOGLIATOIO

N° _____ armadietti individuali a più ante dotati di mezzi di protezione ubicati in _____

Divisi per sesso Si No

In numero sufficiente per il personale presente Si No

LE ATTREZZATURE a disposizione dell'attività sono:

- per lo stoccaggio dei presidi sanitari n. _____ bancali
n. _____ scaffalature
n. _____ armadi chiusi per prodotti di T+ T XN
n. _____ altro (specificare) _____

- per la prevenzione incendi n. _____ estintori portatili da Kg.6 a polvere polivalente tipo ABC

n. _____

altro

-
- per la protezione individuale

n. _____ armadietti idoneamente dotati

n. _____ cassette di pronto soccorso

n. _____ doccia di emergenza

n. _____ vaschetta lavaocchi

elenco numeri telefonici di emergenza Si No

sistema di assorbimento polveri Si No

(se sì specificare) _____

OSSERVAZIONI:

_____, li _____

In fede
