Mod. **MA11**

Mod. autorizzazione sanitaria L.R. 20/99

Presidio sanitario

Marca da bollo da € 16,00 assolto in modo virtuale

NO ONLUS

Al Signor Sindaco
Comune di Genova
Direzione Ambiente e Igiene
Ufficio L.R. 20/99
Via di Francia 1
16149 Genova

Il sottoscritto .....

nato a ……..…… Provincia di |__|__| il |__|__|.|__|__|.|__|__|

residente in .....……... Provincia di |__|__|

in Via .....……..…. C.A.P. |__|__|__|__|__|

in qualità di ...…….....….....…...

della Ditta/Presidio .....…….....

con sede legale in …….. ……Provincia di |__|__|

Via.....……

sede operativa in Via .....……..…. C.A.P. |__|__|__|__|__|

Tel …….. Fax …… e-mail ……

avente: partita I.V.A. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione di cui alla L.R. 20/1999 per: ***(barrare solo la casella opportuna)***

- ❑ nuova costruzione
- ❑ nuovo esercizio di attività (si intende attività non precedentemente autorizzata, adattamento di strutture già esistenti non precedentemente dedicate ad attività sanitaria, ecc.)
- ❑ ampliamento (si intende ad esempio: aumento posti letto, locali e tutto ciò che amplia l'attività già autorizzata – attivazione di funzioni sanitarie aggiuntive)
- ❑ trasformazione (modifica di funzioni sanitarie gia autorizzate, ecc.)
- ❑ trasferimento in altra sede

SPECIFICARE:

…….....

…….....

Autorizzazioni precedenti: n…… anno ……..; n…… anno ……..; n…… anno ……

con riferimento alle strutture di cui all'art. 2 della suddetta Legge e meglio indicati alla pagina 2 e precisamente:

Data:_____ Firma:_____

ART. 2 L.R. 20/99
STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE TENUTE A CHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO

comma 1 lettera a) Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti	comma 2 lettera a) → Stabilimenti e presidi ospedalieri		❑
	comma 2 lettera b) → Istituti di ricovero e cura di carattere scientifico		❑
	comma 2 lettera c) → Case di cura		❑
comma 1 lettera b) Strutture che erogano prestazioni di assistenza sanitaria in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio	comma 3 lettera a) → Strutture ambulatoriali di assistenza specialistica		❑
	comma 3 lettera b) Strutture di medicina di laboratorio articolate in →	1) laboratori generali di base	❑
		2) laboratori specializzati	❑
		3) laboratori generali di base con settori specializzati	❑
	comma 3 lettera c) → Strutture di diagnostica per immagine		❑
	comma 3 lettera d) → Consultori familiari		❑
	comma 3 lettera e) → Centri ambulatoriali di riabilitazione		❑
	comma 3 lettera f) → Centri di tutela della salute mentale		❑
	comma 3 lettera g) → Centri ambulatoriali per il trattamento dei tossicodipendenti		❑
	comma 3 lettera h) → Altri presidi di cura in regime ambulatoriale non ricompresi nelle precedenti lettere ma assimilabili ai presidi ivi descritti		❑
comma 1 lettera c) Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno	comma 4 lettera a) → → Presidi di tutela della salute mentale: centro diurno psichiatrico e day hospital psichiatrico		❑
	comma 4 lettera b) → → Strutture residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative		❑
	comma 4 lettera c) → Presidi di riabilitazione funzionale dei portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali		❑
	comma 4 lettera d) Strutture di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti		❑
	comma 4 lettera e) Residenze collettive o case alloggio per soggetti affetti da AIDS e patologie correlate		❑
	comma 4 lettera f) → Residenze sanitarie assistenziali, di seguito definite R.S.A.		❑
comma 1 lettera d)	Studi medici e odontoiatrici, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino rischio per la sicurezza del paziente, specificatamente individuati.		❑
comma 1 lettera e)	Strutture esclusivamente dedicate all'attività diagnostica svolte anche per soggetti terzi		❑
comma 6 Le tipologie di strutture ricomprese nelle lettere d) ed e) del comma 1 ed i relativi requisiti minimi sono individuati dal Ministero della Sanità ai sensi della normativa statale vigente			❑

(barrare solo la casella opportuna)

ELENCO STRUTTURE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....……..……..... nato/a il .....…….....…..... a …….....…….....…… residente in .....….....…….…… Via .....….....…….....….....….....…….... n. ….....
C.A.P…….. telefono …… fax …….. codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

 di non avere riportato condanne passate in giudicato per delitti contro il buon costume, contro le persone e contro la proprietà né di avere procedimenti penali in corso.

N.B.: SOLO PER LE STRUTTURE OSPITANTI MINORI E' RICHIESTA L'ULTERIORE SOTTOSTANTE DICHIARAZIONE:

 di non avere riportato a proprio carico condanne per taluni dei reati di cui agli artt. 600-bis, 600-ter; 600-quater, 600 quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori (D.Lgs 4.3.2014, n. 39) .
La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune di Genova ai fini delle responsabilità penali rimanendo le stesse a totale carico del dichiarante.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003, n. 196.

Genova, ……

(Firma) .....

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....……..……..... nato/a il .....….....

a …….....…….....…… residente in .....….....……

Via .....….....…….....….....….....……... n. ….....

C.A.P…….. telefono …… fax ……..

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli:

Diploma di Laurea in..……..….

Conseguito presso ……il…….

Specializzazione/i in .. …… ……

Conseguita/e presso ……il…….

Specializzazione/i in .. …… ……

Conseguita/e presso ……il…….

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di …….

al n. ……. dal……..;

di accettare l'incarico presso…… in

qualità di ……..... dal ……..

e nello svolgere l'incarico, non incorre nelle cause di incompatibilità previste dalle vigenti normative.

La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune di Genova.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003, n. 196.

Genova, ……

(Firma) .....

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....……..... nato/a il .....….....

a …….....…….....…… residente in .....….....……...

Via .....….....…….....….....…….....……... n. ….....

C.A.P…….. telefono …… fax ……..

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli:

Diploma di ……..….

Conseguito presso ……il……...

Diploma di ……..….….

Conseguito presso ……il…….

di essere iscritto all'Albo .....…… al n. …… dal……;

di accettare l'incarico presso…… in qualità di ……..... dal …….. e nello svolgere l'incarico, non incorre nelle cause di incompatibilità previste dalle vigenti normative.

N.B.: SOLO PER LE STRUTTURE OSPITANTI MINORI E' RICHIESTA L'ULTERIORE SOTTOSTANTE DICHIARAZIONE:

 di non avere riportato a proprio carico condanne per taluni dei reati di cui agli artt. 600-bis, 600-ter; 600-quater, 600 quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori (D.Lgs 4.3.2014, n. 39) .

La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune di Genova.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003, n. 196.

Genova, ……

(Firma) .....

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....……..……..……...…….. in qualità di legale rappresentante della …….
con sede legale in Via …….
al n. …… città ……..……...
C.A.P. ……..telefono …… fax ..……..
avente: partita I.V.A. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

che i locali siti in …….
ubicazione dell'attività oggetto dell'istanza di autorizzazione,

- ❑ **fanno parte di un immobile costruito anteriormente al 1934**

(*)

- ❑ **sono in possesso del decreto di abitabilità n. …… del ……..**

e che successivamente a tale data non sono stati eseguiti interventi edilizi che richiedano una nuova agibilità.

La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune di Genova.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003, n. 196.

Genova, ……

(Firma) .....

(*) indicare la voce che interessa

Ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALL'ISTANZA PER L'AUTORIZZAZIONE DI PRESIDI SANITARI DI CUI ALL'ART. 2 L.R. 20/99

1. **istanza del Legale Rappresentante in cui va posto il bollo da € 16,00**;
2. **distinta della documentazione presentata**
3. **documento a firma del titolare/legale rappresentante, redatto in modo da attestare i requisiti minimi organizzativi generali:**
   a) politica, obiettivi, e attività;
   b) struttura organizzativa;
   c) gestione delle risorse umane;
   d) gestione delle risorse tecnologiche;
   e) gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
   f) sistema informativo;
4. **per le società: numero di iscrizione alla CC.I.AA; per le associazioni:atto costitutivo e Statuto ed eventuali successive variazioni, e numero iscrizione albo terzo settore;**
5. **PERSONALE :**
   - ✓ **elenco del personale** medico, sanitario, tecnico, infermieristico e altro, operante anche saltuariamente presso la struttura, con indicazione della tipologia di rapporto di lavoro: dipendente, volontario, personale esterno (dovrà essere indicata la cooperativa o altro che fornisce il personale e dichiarazione di impegno da parte della stessa);
   - ✓ **dichiarazione resa dal Legale Rappresentante** relativamente alla nomina del Direttore Sanitario;
   - ✓ **autocertificazione** contenete la dichiarazione di accettazione dell'incarico, dell'insussistenza di cause di incompatibilità e indicazione dei titoli di studio da parte del Direttore Sanitario e da ciascuno dei medici che opera presso la struttura (vedi allegato "TITOLI PROFESSIONALI E NON INCOMPATIBILITA' - MEDICI" pag. 4);
   - ✓ **autocertificazione** resa da parte dell'eventuale altro personale sanitario, tecnico ed infermieristico operante presso la struttura (vedi allegato "TITOLI PROFESSIONALI E NON INCOMPATIBILITA' - ALTRI" pag. 5) riguardante i titoli di studio, l'iscrizione agli Albi e l'assenza di cause di incompatibilità.
6. **planimetria in scala 1:100 (IN DUPLICE COPIA)** datata e firmata da tecnico abilitato, dove dovranno essere riportate le destinazioni d'uso dei locali, l'indicazione dei rapporti illuminanti e ventilanti, i prospetti e le sezioni quotate, le canne fumarie, le canne di esalazione e di aspirazione forzata, nonché la ubicazione della caldaia;
7. **AGIBILITA' DELL'IMMOBILE (uno dei seguenti punti a seconda del caso specifico):**
   a) edifici costruiti prima del 1934 - autocertificazione (vedi allegato pag. 6);
   b) edifici costruiti dopo il 1934 – estremi del decreto/certificazione di abitabilità/usabilità dell'immobile (vedi allegato pag. 6);
   c) relazione tecnica sulle caratteristiche edilizie e tipologiche dell'edificio, sullo stato di conservazione, destinazione d'uso e rispetto della normativa vigente in materia urbanistico-edilizia;
8. **certificato di idoneità statica dell'edificio** (rilasciato da tecnico abilitato);
9. **valutazione d'impatto e/o clima acustico** (qualora necessario);
10. **BARRIERE ARCHITETTONICHE**
    dichiarazione a firma di tecnico abilitato, attestante la non presenza di barriere architettoniche e di opere per il superamento delle stesse, oppure **relazione a firma di tecnico abilitato,** secondo lo schema approvato dalla Regione Liguria con D.G.R. n. 7665 del 04.11.94, attestante la conformità del presidio alle vigenti norme in materia di eliminazione delle barriere architettoniche (D.M. 236/89, L. 104/92, D.P.R. 503/96);
11. **relazione attestante la rispondenza ai disposti del D.Lgs. 152/06** in materia di smaltimento dei rifiuti speciali e di quelli assimilabili agli urbani;
12. **estremi della posizione autorizzativa inerente gli scarichi della struttura** (allaccio della fognatura e avvenuto collaudo);
13. **relazione tecnica circa la presenza dei requisiti microclimatici generali e** - laddove esplicitamente previsto dal D.P.R. 14.01.1997 - **specifici** (blocchi operatori, blocchi parto ecc.);
14. **in caso di strutture in cui sia prevista la preparazione e/o somministrazione alimenti: estremi dell'autorizzazione sanitaria ottenuta o in corso** (ai sensi del D.P.R. 327/80 e D.Lgs. 155/97);
15. **elenco/inventario delle strumentazioni sanitarie previste**, con l'indicazione della loro collocazione nella struttura; dichiarazione di conformità U.E.;
16. **documentazione relativa alla sicurezza negli ambienti di lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/08 (*la documentazione è necessaria solo in presenza di dipendenti o assimilati)*. Devono essere compilati in ogni parte e firmata dal Datore di Lavoro tutti i seguenti allegati:**

Per la documentazione necessaria da presentare prendere contatti con ASL 3 – Genovese S.C. PSAL – Via Bainsizza 42, 16147, Genova; **Nota Bene: nella valutazione della pratica non verrà presa in considerazione documentazione diversa da quella richiesta.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro** ai sensi dell'art. 2 comma 1 lettera b del D.Lgs 81/08 della azienda:

_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

***1) Valutazione dei rischi**:*

*E' stata effettuata la valutazione di tutti i rischi ai sensi dell'art. 17 comma 1 lettera a e degli articoli 28 e 29 del D.Lgs 81/08. Tale valutazione è riferita anche alla **conformità della struttura alle disposizioni dell'articolo 63 e 64 del D.Lgs 81/08**, applicabili nel caso in oggetto.*

***2) Documento di Valutazione dei Rischi** (barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A. Il Documento di Valutazione dei Rischi, firmato da tutte le figure previste, è provvisto della data certa _____ ai sensi dell'art. 28, comma 2 del D.Lgs 81/08.*
- ❑ *B. Il Documento di Valutazione dei Rischi non è stato ancora redatto, in applicazione di quanto previsto dall'art 28, comma 3 bis del D.Lgs 81/08.*

***3) Affidamento di lavori, servizi e forniture** (barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A. Nell'affidamento di lavori, servizi e forniture ad imprese appaltatrici o a lavoratori autonomi sono rispettate le previsioni dell'art. 26 del D.Lgs 81/08.*
- ❑ *B. Nell'attività non vi sono lavori, servizi e forniture affidate ad esterni e pertanto l'articolo 26 del D.Lgs 81/08 non è applicabile.*

***4) Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)**:*

E' stato designato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) ai sensi dell'art. 17 comma 1 lettera b del D.Lgs 81/08 nella persona di _____ Cod. Fisc. _____ attraverso atto di designazione datato _____.

La persona designata è in possesso dei requisiti previsti dalla legge.

***5) Medico Competente** (barrare alternativamente A o B):*

- *A. E' stato nominato il Medico Competente ai sensi dell'art. 18 comma 1 lettera a del D.Lgs 81/08 nella persona di*

  _____ Cod. Fisc. _____,

  con atto di nomina datato _____

  La persona nominata è in possesso dei requisiti previsti dalla legge.
- *B. Dalla valutazione di tutti i rischi non è emersa la necessità di nominare il Medico Competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria.*

6) Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) *(barrare alternativamente A o B):*

- *A. E'/sono stato/i eletto/i il/i Rappresentante/i dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs 81/08 nella/e persona/e di*

  _____ Cod. Fisc. _____

  _____ Cod. Fisc. _____

  _____ Cod. Fisc. _____

  _____ Cod. Fisc. _____

  La/e persona/e eletta/e è/sono stata/e formata/e nel rispetto delle disposizioni di legge.
- *B. Non è stato eletto nessun Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza.*

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Data: ……

(Firma) .....……

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo **ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro** ai sensi dell'art. 2 comma 1 lettera b del D.Lgs 81/08 della azienda:

_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

***1) Valutazione del rischio di incendio**:*

Nell'ambito della valutazione di tutti i rischi è stato valutato il rischio d'incendio in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs 81/08 e dal D.M. 10/03/1998.

***2) Conformità della struttura alla normativa di prevenzione incendi** (barrare alternativamente A, B o C):*

A**. **Sono presenti le seguenti attività soggette al controllo dei Vigili del Fuoco ai sensi del D.P.R. 151/2011, allegato 1 n°: _____

Ad esempio:
attività n° 68: "Strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, case di riposo per anziani con oltre 25 posti letto; Strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di superficie complessiva superiore a 500 m2"
attività n° 74: "Impianti per la produzione di calore alimentati a combustibile solido, liquido o gassoso con potenzialità superiore a 116 kW"

La struttura è conforme al D.P.R. 151/2011 in forza del/i seguente/i documento/i:

_____

_____

datato _____

B**. **Non è presente alcuna attività soggetta al controllo dei Vigili del Fuoco ai sensi del D.P.R. 151/2011.

In relazione alla prevenzione incendi, la struttura è conforme integralmente a quanto previsto dal D.Lgs 81/08, dal D. M. 10/03/1998 e alla regola tecnica di prevenzione incendi applicabile.

In particolare si dichiara che tale conformità riguarda tra l'altro i seguenti aspetti:
- Resistenza al fuoco delle strutture portanti orizzontali e verticali e reazione al fuoco dei materiali;
- Comunicazioni ed eventuali compartimentazioni della struttura nei confronti di strutture e/o attività contigue e/o adiacenti, sottostanti e sovrastanti;
- Affissione di adeguata segnaletica di sicurezza finalizzata alla prevenzione incendi e di adeguate istruzioni per l'evacuazione dei luoghi in condizioni di emergenza;
- Dotazione di adeguata illuminazione d'emergenza;
- Installazione di impianti e attrezzature antincendio adeguati per numero, posizionamento e caratteristiche tecniche;
- Larghezza, lunghezza e fruibilità delle vie di fuga;
- Numero, posizione, dimensioni, caratteristiche e fruibilità delle uscite di emergenza;
- Verso di apertura delle porte installate sulle uscite di emergenza;

C. Situazione mista tra A e B, nella quale nella struttura sono presenti contemporaneamente attività non soggette al controllo dei Vigili del Fuoco (ad esempio strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, case di riposo per anziani fino a 25 posti letto), e attività soggette (ad esempio attività n° 74: impianti per la produzione di calore alimentati a combustibile solido, liquido o gassoso con potenzialità superiore a 116 KW).

C.1) Per le attività non soggette al controllo dei Vigili del Fuoco ai sensi del D.P.R. 151/2011 la struttura è conforme integralmente a quanto previsto dal D.Lgs 81/08, dal D. M. 10/03/1998 e alla regola tecnica di prevenzione incendi applicabile.
In particolare si dichiara che tale conformità riguarda tra l'altro i seguenti aspetti:
- Resistenza al fuoco delle strutture portanti orizzontali e verticali e reazione al fuoco dei materiali;
- Comunicazioni ed eventuali compartimentazioni della struttura nei confronti di strutture e/o attività contigue e/o adiacenti, sottostanti e sovrastanti;
- Affissione di adeguata segnaletica di sicurezza finalizzata alla prevenzione incendi e di adeguate istruzioni per l'evacuazione dei luoghi in condizioni di emergenza;
- Dotazione di adeguata illuminazione d'emergenza;
- Installazione di impianti e attrezzature antincendio adeguati per numero, posizionamento e caratteristiche tecniche;
- Larghezza, lunghezza e fruibilità delle vie di fuga;
- Numero, posizione, dimensioni, caratteristiche e fruibilità delle uscite di emergenza;
- Verso di apertura delle porte installate sulle uscite di emergenza;

C.2) Le attività soggette al controllo dei Vigili del Fuoco ai sensi del D.P.R. 151/2011, allegato 1, presenti nella struttura sono le seguenti:
attività n° _____
Per questa/e attività la struttura è conforme al D.P.R. 151/2011 in forza del/i seguente/i documento/i:
_____
_____
datato _____

***3) Piano di emergenza** (barrare alternativamente A o B):*

- *A. E stato predisposto il piano di emergenza come previsto dall'art. 5 del D.M. 10/03/1998 e degli articoli 43, 44, 45 e 46 del D.Lgs 81/08.*
- *B. Non è stato predisposto il piano di emergenza ai sensi dell'art. 5 del D.M. 10/03/1998 perché non soggetti, ma si dichiara che sono stati rispettati gli obblighi di legge in relazione alla gestione delle emergenze ed in particolare degli articoli 43, 44, 45 e 46 del D.Lgs 81/08 e dell'art. 5 del D.M. 10/03/1998 avendo predisposto le necessarie misure organizzative e gestionali da attuare in caso incendio o di emergenza in generale.*

4) lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio e, comunque, di gestione dell'emergenza*:*

Sono stati designati i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio e, comunque, di gestione dell'emergenza ai sensi dell'art 18 comma 1 lettera b e art. 43 comma 1 lettera b, comma 2 e comma 3 del D.Lgs 81/08 e dell' art. 6 del D.M. 10/03/1998.

I lavoratori incaricati sono in numero sufficiente, ai sensi dell'art. 43 comma 3 del D.Lgs 81/08, a gestire in ogni momento quanto stabilito dal piano di emergenza o, se non soggetti, a gestire in ogni momento le condizioni di emergenza. Questo anche considerati la turnazione, le assenze per ferie o malattia e ogni altra possibile eventualità.

I lavoratori designati hanno accettato l'incarico e hanno ricevuto una adeguata e specifica formazione ai sensi dell'art. 37 comma 9 del D.Lgs 81/08 e dell'art. 7 del D.M. 10/03/1998.

5) Lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di primo soccorso*:*

Sono stati designati i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di ***primo soccorso*** *ai sensi dell'art 18 comma 1 lettera b, art. 43 comma 1 lettera b, comma 2 e comma 3, art. 45 comma 1 del D.Lgs 81/08.*

I lavoratori incaricati sono in numero sufficiente, ai sensi dell'art. 43 comma 3 del D.Lgs 81/08, a gestire in ogni momento le condizioni di emergenza in materia di primo soccorso. Questo anche considerati la turnazione, le assenze per ferie o malattia e ogni altra possibile eventualità.

I lavoratori designati hanno accettato l'incarico e hanno ricevuto una adeguata e specifica formazione ai sensi dell'art. 37 comma 9 e art. 45 comma 2 del D.Lgs 81/08.

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Data: ……

(Firma) .....……

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo **ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro** ai sensi dell'art. 2 comma 1 lettera b del D.Lgs 81/08 della azienda:

_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) *che nel rispetto di quanto previsto dal D.M. 37/2008 e sue modifiche e integrazioni, tutti gli* ***impianti*** *rientranti nel campo di applicazione dello stesso decreto, dei quali è dotata la struttura, nella loro attuale consistenza, sono provvisti di dichiarazione di conformità/rispondenza. In particolare gli stessi sono dotati di dichiarazione di conformità/rispondenza anche in relazione ad eventuali modifiche, trasformazioni, ampliamenti, come da specifiche che seguono:*

Impianti di produzione, trasformazione, trasporto, distribuzione, utilizzazione dell'energia elettrica, impianti di protezione contro le scariche atmosferiche, nonché gli impianti per l'automazione di porte, cancelli e barriere:

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____
in data _____ *relativamente a :* _____
_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____
in data _____ *relativamente a :* _____
_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____
in data _____ *relativamente a :* _____
_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____
in data _____ *relativamente a :* _____

Impianti radiotelevisivi, le antenne e gli impianti elettronici in genere:

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

Impianti di riscaldamento, di climatizzazione, di condizionamento e di refrigerazione di qualsiasi natura o specie, comprese le opere di evacuazione dei prodotti della combustione e delle condense, e di ventilazione ed aerazione dei locali:

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

Impianti idrici e sanitari di qualsiasi natura o specie:

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

Impianti per la distribuzione e l'utilizzazione di gas di qualsiasi tipo, comprese le opere di evacuazione dei prodotti della combustione e ventilazione ed aerazione dei locali:

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

Impianti di sollevamento di persone o di cose per mezzo di ascensori, di montacarichi, di scale mobili e simili:

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

Impianti di protezione antincendio:

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

dichiarazione di conformità/rispondenza rilasciata da: _____

in data _____ *relativamente a :* _____

_____

2) *Nel rispetto di quanto previsto dal D.P.R. 462/2001 è stata effettuata la denuncia/verifica periodica dell' impianto di* ***messa a terra*** *per la parte di impianto elettrico che serve la struttura in*

Denuncia all'INAIL effettuata il _____
Denuncia alla ASL effettuata il _____

oggetto.

Ultima verifica periodica effettuata il _____

3*) Impianti di* ***distribuzione gas medicinali*** *(barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A. L'impianto di distribuzione di gas medicinali di cui è dotata la struttura è conforme alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ *B. Nella struttura non vi sono impianti di distribuzione di gas medicinali.*

4*) Impianti di* ***evacuazione gas anestetici*** *(barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A. L'impianto di evacuazione gas anestetici di cui è dotata la struttura è conforme alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ *B. Nella struttura non vi sono impianti di evacuazione gas anestetici.*

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Data: ……

(Firma) .....……

_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.
La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo **ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro** ai sensi dell'art. 2 comma 1 lettera b del D.Lgs 81/08 della azienda:

_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) Protezione dalle radiazioni ionizzanti *(barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A In materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti, la struttura è conforme alle disposizioni applicabili nel caso in oggetto del D.Lgs 230/1995, del D.Lgs 187/2000, del D.Lgs 241/2000, del D.Lgs 151/2001, del D.Lgs 257/2001, della L.R. 39/02 comprese le loro successive modifiche e integrazioni.*
- ❑ *B. Nella struttura non vi sono sorgenti di radiazioni ionizzanti per le quali siano applicabili le disposizioni suddette.*

2) Protezione dai campi elettromagnetici *(barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A. In materia di protezione dai campi elettromagnetici la struttura è conforme alle disposizioni applicabili nel caso in oggetto.del D.M. 29/11/85, del D.M. 02/08/91, del D.M. 03/08/93, del D.P.R. 542/94, D.Lgs 46/97 del titolo VIII Capo IV del D.Lgs 81/2008 comprese le loro successive modifiche e integrazioni.*
- ❑ *B. Nella struttura non vi sono sorgenti di campi elettromagnetici per le quali siano applicabili le disposizioni suddette.*

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Data: ……

(Firma) .....……

_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo **ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro** ai sensi dell'art. 2 comma 1 lettera b del D.Lgs 81/08 della azienda:

_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Apparecchi elettromedicali *(barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A. Gli apparecchi elettromedicali utilizzati nella struttura sono tutti dotati di dichiarazione di conformità ai sensi della normativa vigente.*
  Le procedure per la loro manutenzione e il loro utilizzo sono conformi alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.
- ❑ *B. Nella struttura non vengono utilizzati apparecchi elettromedicali.*

Bombole di ossigeno medicinale *(barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A. Lo stoccaggio e le procedure di trasporto, di manipolazione e di utilizzo delle bombole di ossigeno medicinale sono conformi alle disposizioni della normativa vigente, applicabili nel caso in oggetto.*
- ❑ *B. Nella struttura non vengono utilizzate bombole di ossigeno medicinale.*

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Data: ……

(Firma) .....……

_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo **ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
via_____ n. _____ C.A.P. _____

telefono _____ fax _____ e mail _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nel ruolo di **Datore di Lavoro** ai sensi dell'art. 2 comma 1 lettera b del D.Lgs 81/08 della azienda:

_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Locali sotterranei o semisotterranei *(barrare alternativamente A o B):*

- ❑ *A. Nella struttura vi sono locali sotterranei/semisotterranei per i quali sono applicabili le disposizioni dell'art. 65 comma 3 del D.Lgs 81/08. Per l'utilizzo a scopo lavorativo dei suddetti locali si è in possesso della deroga rilasciata in data _____ da _____.*

  Lo stato dei luoghi, gli impianti e le destinazioni d'uso dei suddetti locali non sono mutati e sono pertanto conformi a quelli in essere al momento del rilascio della deroga.
- ❑ *B. Nella struttura non vi sono locali sotterranei o semisotterranei per i quali siano applicabili le disposizioni dell'art. 65 comma 3 del D.Lgs 81/08.*

_____

Il trattamento dei dati personali avviene conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Data: ……

(Firma) .....……

_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo **ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.**

17. **copia di carta dei servizi** della struttura, qualora adottata;

18. **COMUNICAZIONE: PAGAMENTO TARIFFE anno 2017 Direzione Ambiente Igiene:**

Il Comune di Genova aderisce al progetto nodo nazionale dei pagamenti denominato PagoPA;
PagoPA è un sistema di pagamento elettronico che prevede l'opportunità, per l'utente che usufruisce di un servizio online, di scegliere la banca o l'istituto di pagamento (definiti come "Prestatore dei Servizi di Pagamento" PSP), tra quelli che si sono accreditati a livello nazionale, con cui effettuare la transazione;
con questo sistema l'utente può valutare le condizioni offerte da una pluralità di PSP accreditati su PagoPA e scegliere quello che ritiene più conveniente.

Il Comune di Genova adotterà inizialmente il nuovo sistema di pagamento solo su alcuni servizi per poi estenderlo in modo graduale a tutti i pagamenti online;
per maggiori informazioni consultare il " sito web del Comune di Genova (www.comune.genova.it);
accedendo all'apposita sezione : http://servizionline.comune.genova.it/pagopa.asp;
scegliendo tra i pagamenti la voce "avviso di pagamento" per pagare on line con carta di credito e attraverso i canali messi a disposizione da banche e altri prestatori di servizio aderenti all'iniziativa.

A titolo informativo si precisa che è, comunque, sempre possibile pagare presso gli sportelli del civico tesoriere (Unicredit S.p.A.- IBAN IT 08 T 02008 01459 000100880807 - causale: "**IGIENE – Sottoconto 110** per *l'attività di….. (specificare tipologia) sita in Genova,…. (specificare indirizzo")* **e per poter effettuare il pagamento occorrerà utilizzare il Codice Avviso che sarà riportato sull'AVVISO DI PAGAMENTO.**

Consegnare ricevuta del pagamento dovuto comprensivo di **Euro 996,40 per tariffa + Euro 16,00 per bollo (se dovuto) + Euro 0,52 per diritti di segreteria.**

19. **Tariffe ASL presidi sanitari, socio-sanitari, strutture ospitalità collettiva D.G.R. 1197 del 04-10-2013 (importo assoggettato all'indice ISTAT)**
    Codice di riferimento 40: < Parere igienico-sanitario per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento per strutture di tipo sanitario, socio sanitario pubbliche e private e per strutture di ospitalità collettiva (L.R. 20/99 e L.R. 12/06)>
    a) Strutture ricettivo-sanitarie:

- fino a 300 mq.	Euro	398,00
- da 301 mq. fino a 700 mq.	Euro	683,00
- da 701 mq. fino a 1200 mq.	Euro	1138,00
- oltre 1200 mq.	Euro	1763,00

    a) Strutture di terapia, diagnosi e cura:

- fino a 80 mq.	Euro	114,00
- per ogni 10 mq. in più	Euro	15,00

    (la tariffa in tal caso non dovrà superare Euro 1138,00)
    Il versamento del ticket regionale è da effettuare sul C.C.P. n. 21567169 intestato a : A.S.L. 3 "Genovese" S.C. Igiene e Sanità Pubblica Servizio Tesoreria – Via Bertani 4 – 16125 Genova - Causale: codice 40

- **Per le strutture per la riabilitazione ed il trattamento dei tossicodipendenti è necessario fare riferimento all'atto di intesa Stato Regioni del 05.8.1999 pubblicato sulla G.U. n. 231 del 01.10.1999, che integra e supera il D.P.R. 14.1.1997.**

AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE, L'ISTANZA DOVRA' ESSERE COMPLETA DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

Qualora l'interessato non sia in grado di fornire all'atto della presentazione della domanda tutti gli allegati richiesti, motiverà il ritardo. Il provvedimento autorizzativo rimarrà subordinato alla presentazione di tutta la documentazione richiesta. I tempi previsti per l'autorizzazione sono anch'essi sospesi e subordinati alla presentazione di tutta la documentazione corretta e completa.

ITER DELLA PRATICA:

1. Presentazione della domanda:
   - **A mano, presso gli uffici del Settore Igiene e Acustica – L.R. 20/99**
     Via di Francia 1 - Matitone, terzo piano
     orario: Lun. Mer. Gio. dalle 9.00 alle 12.00
     (In tale circostanza l'impiegato addetto verifica la correttezza della compilazione dell'istanza, prende in carico la domanda e rilascia come ricevuta una delle copie dell'istanza stessa timbrata e datata.)
   - **A mano, presso il Protocollo Generale, Piazza Dante 10**
   - orario: Lun. Mar. Mer. Gio. dalle 8.30 alle 12.20 e dalle 14.00 alle 16.30
     Ven. dalle ore 8.30 alle 14.00 Sab. dalle 8.30 alle 12.30
   - **Per posta, indirizzate a: Comune di Genova** – Area Tecnica – Direzione Ambiente e Igiene – Settore Igiene e Acustica - U.O.C. Igiene - Ufficio L.R. 20/99, Via di Francia 1 - 16149 Genova (qualora vengano inviate per posta, o consegnate al Protocollo Generale, le domande verranno verificate ed eventuali richieste di integrazione saranno inviate al richiedente all'indirizzo indicato come residenza).

L'istanza proseguirà l'iter soltanto quando la documentazione sarà completa.

2. La pratica verrà esaminata dalla **Commissione ex art. 5 L.R. 20/1999** per l'espressione di parere.
3. Qualora la Commissione esprima parere favorevole, verrà predisposta l'autorizzazione, per il ritiro della quale sarà inviata comunicazione all'interessato, all'indirizzo indicato nella domanda.
4. L'autorizzazione verrà rilasciata entro 90 giorni dalla data di presentazione dell'istanza **fatte salve eventuali interruzioni dei termini comunicate dall'ufficio con le eventuali indicazioni delle prescrizioni da ottemperare per il proseguo dell'iter.**
5. Il ritiro si effettua presso: Comune di Genova – Settore Igiene e Acustica, Ufficio L.R.20/99, Via di Francia 1 – Matitone – terzo piano con il seguente orario: Lunedì, Mercoledì e Giovedì dalle 9.00 alle 12.00, previo invito da parte dell'Ufficio L.R. 20/99 al ritiro dell'autorizzazione.

<u>Al momento del ritiro sarà necessario presentare:</u>

- ✓ **una marca da bollo da €. 16,00;**
- ✓ **attestazione dell'avvenuto pagamento di cui alla DGR n. 475 del 27/03/2015 su bollettino di c/c postale n. 10737161 intestato alla Regione Liguria con causale tasse di concessione regionale**

Normativa di riferimento:

- D.P.R. 14 gennaio 1997 pubblicato su G.U. serie generale n. 42 del 20.02.1997;
- L.R. 30 luglio 1999, n. 20 e s.m.i. .

<u>Nota Bene</u>

Qualora si intenda chiedere ulteriori chiarimenti, l'Ufficio è a disposizione previo appuntamento telefonico, **ai numeri 010 5577063 / 5573248-274**