

RICHIESTA SOPRALLUOGO PREVENTIVO

Spett.le ASL CN1
Servizio igiene degli Alimenti e della Nutrizione
S.I.A.N.
Sede di _____

Il/La sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ C.F./P.IVA _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

CHIEDE

l'esecuzione da parte di codesto Servizio di un sopralluogo preventivo presso i locali siti nel
Comune di _____ Via/Piazza _____

avendo intenzione di utilizzarli per l'attività di (specificare completamente le finalità e allegare
planimetria) _____

Sarà reperibile al recapito telefonico n. _____

Il sopralluogo potrà essere effettuato a partire dal _____

Il sopralluogo e il parere di merito non superano eventuali carenze di requisiti di competenza
comunale (es. destinazione d'uso dei locali).

INDICARE LE MODALITA' DI SCELTA PER IL RITIRO DEL VERBALE DI SOPRALLUOGO

- Rilasciato al momento del sopralluogo dall'Operatore;
- Spedito via P.E.C. all'indirizzo _____
- Spedito per posta ordinaria.

E' a conoscenza che si tratta di prestazione nell'interesse del privato e pertanto allega ricevuta di
pagamento secondo quanto previsto dal Tariffario regionale pubblicato sul BURP n. 28 del 15/07/2004
che prevede il pagamento di Euro 130,00.

Il relativo versamento potrà essere effettuato tramite C.C.P. N. 20270344 intestato a: Asl Cn1 – Servizio
Tesoreria – Diritti Sanitari SIAN oppure con bonifico bancario codice IBAN
IT66M0760110200000020270344.

La ricevuta del versamento deve essere prodotta contestualmente alla richiesta di parere preventivo ovvero, nel caso di impossibilità, comunque consegnata al momento del sopralluogo preventivo.

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

*Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Distinti saluti.

data _____ firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo va utilizzato nel caso di richiesta di verifica in loco (non obbligatoria) dei requisiti igienico-sanitari, sia per locali di nuova apertura sia nel caso di locali con attività già esistenti (qualora si intendano apportare modifiche strutturali)

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

O.S.A.- privati cittadini

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) firmato e spedito per posta (ASL CN 1 Via Carlo Boggio 12100 Cuneo con allegata fotocopia del documento di identità del richiedente;
- b) inviato da P.E.C. o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it con allegata fotocopia del documento di identità del richiedente;
- c) firmato digitalmente e trasmesso mediante invio telematico da P.E.C. all'indirizzo P.E.C.: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it oppure dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it

Avvertenze

- se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante
- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il verbale può essere:

- rilasciato al momento del sopralluogo dall'Operatore
- ricevuto via p.e.c. o per posta ordinaria

La modalità scelta per il ritiro va espressamente indicata sul modulo di richiesta del certificato.

TEMPO DI RISPOSTA: gg 30

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it.

RIFERIMENTI

S.C. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - SIAN

FOSSANO Tel. 0172 699245

sede territoriale di CUNEO Tel 0171 450691

sede territoriale di MONDOVI' Tel 0174 676146

sede territoriale di SALUZZO Tel 0175 479763

sede territoriale di SAVIGLIANO Tel 0172 240680

E-mail: sian@aslcn1.it

Stesura		Verifica / Approvazione	Emissione
Assistente Amministrativo	Valeria Rocca	Direttore Dipartimento di Prevenzione Dr. Mauro Negro	Agosto 2022