

INFORMAZIONI INTEGRATIVE ALLA NOTIFICA SANITARIA PER ASL- ATTIVITA' SIAN

Il titolare/Leg. Rappresentante della Ditta _____

con sede operativa – Comune di: _____

Via _____ n. _____ tel. _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

TIPOLOGIA ATTIVITA'

Breve descrizione dell'attività: _____

TIPO DI CONDUZIONE

familiare artigianale industriale

Personale addetto n° _____ di cui dipendenti n° _____

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 dall'ingresso di roditori e insetti, ecc.).

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

DISPENSA/DEPOSITO MATERIE PRIME

Locale N° _____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Pavimento (descrizione materiali utilizzati) _____

Pareti (descrizione materiali utilizzati) _____

Soffitto (descrizione materiali utilizzati) _____

Superficie finestrata mq. _____ Dispositivi di protezione da insetti e roditori: SI NO

Aerazione naturale artificiale

Se **artificiale**, specificare apparecchiatura e numeri di ricambi/ora _____

Illuminazione naturale artificiale

Principali attrezzature del locale: _____

LABORATORIO DI PRODUZIONE/CUCINA

Locale N° _____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Aerazione naturale artificiale

Se artificiale, specificare apparecchiatura e numeri di ricambi/ora _____

Illuminazione naturale artificiale

Dispositivi di protezione da insetti e roditori SI NO

Pavimento lavabile con pozzetto sifonato SI NO

Zoccoli a sguscio, angoli e spigoli arrotondati SI NO

Pareti lavabili e disinfettabili ad almeno mt. 2 SI NO

Piani di lavoro in acciaio inox SI NO

Lavello con due vasche inox SI NO

Acqua calda e fredda SI NO

Rubinetteria con comando a pedale SI NO

Contenitori per rifiuti con apertura a pedale SI NO

Cappa aspirazione fumi (allegare cert. Conformità) SI NO

Canna fumaria con sbocco sopra-tetto SI NO

LABORATORIO DI CONFEZIONAMENTO

Locale N° _____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Pavimento (descrizione materiali utilizzati) _____

Pareti (descrizione materiali utilizzati) _____

Soffitto (descrizione materiali utilizzati) _____

Superficie finestrata mq. _____ **Dispositivi di protezione da insetti e roditori:** SI NO

Aerazione naturale artificiale

Se artificiale, specificare apparecchiatura e numeri di ricambi/ora _____

Illuminazione naturale artificiale

Principali attrezzature del locale: _____

DEPOSITO PRODOTTI FINITI

Locale N° _____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Pavimento (descrizione materiali utilizzati) _____

Pareti (descrizione materiali utilizzati) _____

Soffitto (descrizione materiali utilizzati) _____

Superficie finestrata mq. _____ **Dispositivi di protezione da insetti e roditori:** SI NO

Aerazione naturale artificiale

Se artificiale, specificare apparecchiatura e numeri di ricambi/ora _____

Illuminazione naturale artificiale

Principali attrezzature del locale: _____

DEPOSITO IMBALLAGGI

Locale N° ____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Pavimento (descrizione materiali utilizzati) _____

Pareti (descrizione materiali utilizzati) _____

Soffitto (descrizione materiali utilizzati) _____

Superficie finestrata mq. _____ **Dispositivi di protezione da insetti e roditori:** SI NO

Aerazione naturale artificiale

Se artificiale, specificare apparecchiatura e numeri di ricambi/ora _____

Illuminazione naturale artificiale

Principali attrezzature del locale: _____

SALA DI SOMMINISTRAZIONE E/O VENDITA

Locale N° ____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Pavimento (descrizione materiali utilizzati) _____

Pareti (descrizione materiali utilizzati) _____

Soffitto (descrizione materiali utilizzati) _____

Superficie finestrata mq. _____ **Dispositivi di protezione da insetti e roditori:** SI NO

Aerazione naturale artificiale

Se artificiale, specificare apparecchiatura e numeri di ricambi/ora _____

Illuminazione naturale artificiale

Principali attrezzature del locale: _____

SERVIZI IGIENICI DEL PERSONALE

Locale N° ____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Antibagno con porta a chiusura automatica: SI NO

Tipo vaso n° _____ turca n° _____

Aerazione naturale: SI NO

Aerazione artificiale con estrattore in grado di assicurare almeno 5 ricambi d'aria/ora: SI NO

Illuminazione naturale artificiale

Divisione per sesso: SI NO

Altezza rivestimento pareti m. _____ **materiale** _____

Lavandini n° _____ **Rubinetti n°** _____ **Comando a pedale:** SI NO

Erogatori a muro di sapone liquido: SI NO

Asciugamani monouso od elettrici: SI NO

SERVIZI IGIENICI PER IL PUBBLICO

Locale N° _____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Ubicazione: all' interno dell'esercizio, non comunicanti direttamente con i locali di lavorazione, deposito o vendita: SI NO

se **NO** specificare: _____

Tipo vaso n° _____ turca n° _____

Aerazione naturale: SI NO

Aerazione artificiale con estrattore in grado di assicurare almeno 5 ricambi d'aria/ora: SI NO

Illuminazione naturale artificiale

Divisione per sesso: SI NO

Altezza rivestimento pareti m. _____ **materiale** _____

Lavandini n° _____ Rubinetti n° _____ Comando a pedale: SI NO

Erogatori a muro di sapone liquido: SI NO

Asciugamani monouso od elettrici: SI NO

SPOGLIATOIO

Locale N° _____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

Aerazione naturale artificiale

Se artificiale, specificare apparecchiatura e numeri di ricambi/ora _____

Illuminazione naturale artificiale

Locale riscaldato SI NO

Divisione per sesso SI NO

Armadietto a doppio scomparto per ogni singolo addetto SI NO

Divisi per sesso SI NO

Altri arredi _____

LOCALE O ARMADIO PER LA DETENZIONE DEI PRODOTTI PER LE PULIZIE/SANIFICAZIONE

Locale N° _____ in planimetria* Superficie mq. _____ Altezza mt. _____

(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)

ARMADIO posizionato nel Locale N° _____ in planimetria*

Altri locali

<input type="text"/>		
Locale N° _____ in planimetria*	Superficie mq. _____	Altezza mt. _____
<i>(*Il numero del locale deve corrispondere a quanto riportato in planimetria allegata)</i>		
Pavimento (descrizione materiali utilizzati) _____		
Pareti (descrizione materiali utilizzati) _____		
Soffitto (descrizione materiali utilizzati) _____		
Superficie finestrata mq. _____	Dispositivi di protezione da insetti e roditori: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Aerazione	<input type="checkbox"/> naturale	<input type="checkbox"/> artificiale
Se artificiale , specificare apparecchiatura e numeri di ricambi/ora _____		
Illuminazione	<input type="checkbox"/> naturale	<input type="checkbox"/> artificiale
Principali attrezzature del locale: _____		

APPROVVIGIONAMENTO IDRICO

Acquedotto

Pozzo privato*

Sorgente privata*

**Allegare l'ultimo referto d'analisi.*

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@aslc1.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 allegato alla notifica di inizio/modifica attività in caso di SCIA

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

O.S.A. all'atto della presentazione di SCIA per notifica inizio attività.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo va presentato al Suap di riferimento contestualmente alla notifica di inizio attività di cui è parte integrante.

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