



All'Azienda Sanitaria Unica Regionale – Area Vasta 1
Dipartimento di Prevenzione - UOC Igiene e Sanità Pubblica -
Ambiente e Salute

Il sottoscritto:

Cognome VESCOVI Nome ENZO C.F. VSCNZE55C21L500T
Studio/Società ASSOCIAZIONE FRA GEOMETRI VESCOVI E PAZZAGLINI P. IVA 00367500410
Sede/Domicilio: Via/Piazza PIO LA TORRE n. 42 Comune VALLEFOGLIA
Cap 61022 Tel 0721-497589 Cell. 335-235693
PEC enzo.vescovi@pecgeometripu.it
Ordine/Collegio GEOMETRI Prov. PESARO-URBINO iscrizione n. 810

in qualità di progettista delle opere all'interno del procedimento unico contestualmente attivato da:

DITTA, RAGIONE O DENOMINAZIONE SOCIALE

RIVACOLD SRL

C.F. / P. IVA 00956400410
Sede in Via/Piazza SICILIA n. 7 Comune VALLEFOGLIA
Cap 61022 Tel. 0721-919911 Fax
PEC RIVACOLD@LEGALMAIL.COM

di cui è:

TITOLARE PROCURATORE LEGALE RAPPRESENTANTE

il Sig. VITRI ALCESTE

PROGETTO

chiede, ai sensi delle norme vigenti, **il parere igienico sanitario** per l'allegato progetto, avente per oggetto: **PIANO PARTICOLAREGGIATO E LABORATORIO COMPARTO Mp4 VARIANTE AL P.R.G. VIGENTE (D.P.R. 160/2010 art.8).**

A tal fine, si allega la seguente documentazione (barrare):

- Elaborati grafici (stato di fatto, di progetto e comparativo)
- Diritti sanitari
- Scheda n° 1 (aerazione/ventilazione artificiale)
- Scheda n° 2 (modello unico notifica art.67 D.Lgs. 81/2008)

DATI GENERALI DELL'IMMOBILE

L'immobile, di proprietà della ditta RIVACOLD SRL, legale rappresentante VITRI ALCESTE,
è ubicato in Via MAZZINI n.

Località MONTECCHIO Comune VALLEFOGLIA

distinto al catasto:

	<i>Foglio</i>	<i>Mappale o Particella</i>	<i>Sub.</i>
Individuazione del sito:	6	2962 – 2963 – 2964 - 2965	
	7	1013 – 1014 – 1015 – 1017 – 1018 – 1019 – 1021 – 1022 – 1024 – 1025 – 1027 – 948 – 950.	

<p style="text-align: center;">Destinazione urbanistica dell'area</p> <p><i>(Allegare stralcio del PRG vigente e/o adottato, evidenziando l'esatta ubicazione dell'area e dell'immobile interessato)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agricola <input type="checkbox"/> Commerciale <input checked="" type="checkbox"/> Produttiva <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Sportiva <input type="checkbox"/> Altro: _____
---	--

<p style="text-align: center;">Destinazione d'uso futura del fabbricato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Industriale <input type="checkbox"/> Artigianale <input type="checkbox"/> Ufficio <input type="checkbox"/> Magazzino/Deposito <input type="checkbox"/> Ricovero attrezzi <input type="checkbox"/> Commerciale <input type="checkbox"/> Turistico-ricettivo <input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Struttura sanitaria <input type="checkbox"/> Struttura socio-assistenziale <input type="checkbox"/> Strutture educative <input type="checkbox"/> Altro: _____
--	--

<p style="text-align: center;">Lavori di</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nuova costruzione <input checked="" type="checkbox"/> Ampliamento <input type="checkbox"/> Cambio di destinazione d'uso <input type="checkbox"/> Ristrutturazione <input type="checkbox"/> Straordinaria manutenzione <input type="checkbox"/> Sanatoria <input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Variante al titolo abilitativo edilizio _____	

<p>Precisare se l'immobile è ubicato in un'area pubblica o demaniale</p> <p><i>Il manufatto rientra nel campo di applicazione previsto dall'ordinanza del Ministro della Salute 03.04.2002 recepita dalla Regione Marche con D.P.G.R n. 137 del 01.07.2003 e dal D.Lgs. 31.03.1998 n°114</i></p>	<p><input type="checkbox"/> sì, (conforme alla normativa vigente ed è stato richiesto il parere all'organo competente)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>
<p>Destinazione urbanistica delle aree circostanti (almeno 200 m.)</p> <p><i>Vedasi stralcio PRG con legenda o altri strumenti urbanistici e indicazione della distanza più prossima da immobili residenziali e/o produttivi</i></p>	<p>PRODUTTIVA - RESIDENZIALE</p> <hr/>
<p>Fascia di rispetto</p> <p><u><i>L'immobile è posto dentro la fascia di rispetto?</i></u></p> <p><u><i>Vedasi elaborato grafico con l'indicazione della distanza</i></u></p>	<p><input type="checkbox"/> sì:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> cimiteriale <input type="checkbox"/> depuratore <input type="checkbox"/> pozzi acqua potabile (comunale o privati) <p><input checked="" type="checkbox"/> no, nessuno di quelli sopra elencati</p>
<p>Approvvigionamento idrico</p> <p><i>Per pozzo privato, allegare elaborati tecnici, relazione idrogeologica e/o geotecnica (caratteristiche, ubicazione, prodotti finiti, ...)</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Acquedotto comunale</p> <p><input type="checkbox"/> Pozzo privato (<i>indicare la distanza dalla rete idrica comunale: _____</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
<p>Smaltimento acque reflue</p> <p><i>Le fosse settiche nonché tutti i sifoni sono dotati di canali di aerazione per l'esalazione dei cattivi odori, con sbocco oltre il tetto</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Fognatura comunale</p> <p><input type="checkbox"/> Sub-irrigazione</p> <p><i>A tal fine è stata avanzata istanza di parere agli organi tecnici competenti (Arpam, Provincia, Comune, Ato)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Altro (precisare): _____</p>
<p>Impianto di riscaldamento</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> sì <i>Si dichiara che gli impianti tecnologici verranno eseguiti in conformità alla normativa vigente</i></p> <p><input type="checkbox"/> no</p>
<p>Esposizione a campi elettromagnetici</p>	<p><input type="checkbox"/> sì <i>Si attesta che verranno osservate tutte le disposizioni previste dalla normativa vigente (Legge 22 febbraio 2001, n. 36, Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 luglio 2003, D.Lgs. n. 81 del 09.04.2008 ss. mm. ed int. - solo in presenza di lavoratori dipendenti)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>

Abbattimento barriere architettoniche	<input checked="" type="checkbox"/> sì <i>Si attesta che verranno osservate tutte le disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche</i> <input type="checkbox"/> no, non sono presenti barriere architettoniche
--	---

Requisiti sull'umidità Requisiti di carattere acustico Pareti Separazione tra unità abitative o tra locali adibiti a lavorazioni diverse	<i>Si dichiara che i lavori verranno eseguiti in conformità alla normativa vigente con particolare riferimento al REC</i>
---	---

Strutture destinate alla somministrazione di alimenti	Il piano cottura è dotato di: <input type="checkbox"/> alimentazione elettrica <input type="checkbox"/> alimentazione a gas <input type="checkbox"/> altro: _____
Presenza di canne fumarie oltre il tetto in conformità al REC <i>Vedasi elaborati e relazione tecnica allegata</i>	<input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> Fumi di combustione da piano cottura <input type="checkbox"/> Fumi di combustione da caldaia <input type="checkbox"/> Fasi di lavorazione <input checked="" type="checkbox"/> no

Rapporti di illuminazione e di areazione <u>Indicare negli elaborati grafici, la superficie finestrata apribile con colorazione diversa</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme <input type="checkbox"/> Non conforme, ma migliorativo
---	---

Locali	Altezza	Superficie in pianta (Sp)	Volume	Superficie finestrata				Rapporto aerante naturale		Rapporto illuminante naturale	
				Apribile (Sfa)		Illuminante (Sfi)		RA	RAp	RI	Rip
				parete	soffitto	parete	soffitto				

Sp= Superficie pavimento

Sfa = Superficie finestrata apribile

Sfi = Superficie finestrata illuminante

RA = Rapporto aerante minimo (Sup. calpestio del locale x 1/16, espresso in mq.)

RI = Rapporto illuminante minimo (Sup. calpestio del locale x 1/8, espresso in mq.)

Rip = Rapporto illuminante di progetto (espresso in mq.)

Rap = Rapporto aerante di progetto (espresso in mq.)

locale	Superficie (m ²)	Illuminate minima (m ²)	Illuminate progetto (m ²)	Aerante minima (m ²)	Aerante progetto (m ²)
* Laboratorio	11.235,20	1.404,40	2.029,365	702,20	1.119,765
* Ufficio 1	73,50	9,19	10,56	4,59	10,56
* Ufficio 2	19,71	2,46	2,64	1,23	2,64
* Ufficio 3	53,52	6,69	7,92	3,35	7,92

locale	Superficie (m ²)	Illuminate minima (m ²)	Illuminate progetto (m ²)	Aerante minima (m ²)	Aerante progetto (m ²)
Ufficio 4	30,23	3,78	9,17	1,89	6,03
Ufficio 5	29,37	3,67	9,17	1,84	6,03
Sala riunioni n.1	203,37	25,42	26,02	12,71	13,20
Sala riunioni n.2	88,32	11,04	26,02	5,52	13,20
* Spogliatoio n. 1	19,66	2,46	3,38	1,23	3,38
* Spogliatoio n. 2	29,81	3,73	Illuminazione artificiale	1,86	Aerazione artificiale

*** ambienti autorizzati** con parere igienico sanitario protocollo n. Rif. SUAP. n. 00956400410-18072016-0900 del 08/09/2016 richiedente RIVACOLD srl - Rif. conferenza di servizi in modalità sincrona del 14/10/2016 – Prot. Asur n. 0074478|07/09/2016|ASURAV1|PROAV1|A

Aerazione / ventilazione artificiale	<p>E' presente un impianto di aerazione artificiale</p> <p><input type="checkbox"/> si (allegare scheda n. 1)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>
---	---

Presenza di Materiale Contenente Amianto	<p><input checked="" type="checkbox"/> sono totalmente assenti materiali contenenti</p> <p><input type="checkbox"/> sono presenti materiali contenenti amianto: <i>a tal fine è stato predisposto un programma di controllo e manutenzione periodica sullo stato di conservazione del materiale contenente amianto ai sensi dell' art. 249 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 , n. 81 ss. mm. ed int. e del D.M. 06.09.1994</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>non sono oggetto di intervento</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>sono oggetto di intervento con la previsione di:</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> confinamento <input type="checkbox"/> incapsulamento</p> <p><input type="checkbox"/> sono presenti materiali contenenti amianto: è prevista la rimozione <i>(verrà presentata apposita notifica all'organo competente)</i></p>
---	--

Rischio Legionella
<p><input checked="" type="checkbox"/> no, non presente</p> <p><input type="checkbox"/> sì, <i>si attesta che verrà effettuato un programma di valutazione secondo le Nuove Linee Guida 2015 relative alla Legionella (All.11)</i></p>

CARATTERISTICHE DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

<p>Tipologia di attività</p> <p>(come indicato dalla camera di commercio)</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Verniciatura <input type="checkbox"/> Carpenteria <input type="checkbox"/> Legno <input type="checkbox"/> Allevamento <input type="checkbox"/> Supermercato <input type="checkbox"/> Ambulatorio </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ristorante <input type="checkbox"/> Pizzeria <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Gelateria <input type="checkbox"/> Pasticceria <input checked="" type="checkbox"/> Altro: COSTRUZIONE GRUPPI FRIGORIFERI </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Verniciatura <input type="checkbox"/> Carpenteria <input type="checkbox"/> Legno <input type="checkbox"/> Allevamento <input type="checkbox"/> Supermercato <input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Ristorante <input type="checkbox"/> Pizzeria <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Gelateria <input type="checkbox"/> Pasticceria <input checked="" type="checkbox"/> Altro: COSTRUZIONE GRUPPI FRIGORIFERI
<input type="checkbox"/> Verniciatura <input type="checkbox"/> Carpenteria <input type="checkbox"/> Legno <input type="checkbox"/> Allevamento <input type="checkbox"/> Supermercato <input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Ristorante <input type="checkbox"/> Pizzeria <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Gelateria <input type="checkbox"/> Pasticceria <input checked="" type="checkbox"/> Altro: COSTRUZIONE GRUPPI FRIGORIFERI		

Trattasi di lavorazioni <u>industriali</u> con più di tre dipendenti?	<p><input type="checkbox"/> sì: allegare art. 67 del D.Lgs 81/08 (scheda n° 2)</p> <p><input type="checkbox"/> no: allegare la relazione igienico sanitaria contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1) la descrizione dell'oggetto delle lavorazione effettuate, le principali modalità di esecuzione delle stesse, la tipologia di macchinari impiegati 2) numero dei lavoratori addetti; 3) modalità di smaltimento dei rifiuti solidi e smaltimento acque reflue di lavorazione; 4) informazioni relative ad eventuali emissioni in atmosfera e di inquinamento acustico; 5) le materie prime utilizzate; 6) se vi è o meno la produzione di polveri/vapori/odori/gas all'interno dei luoghi di lavoro; 7) la presenza o meno di impianti di aspirazione (indicare l'ubicazione dei punti di prelievo); 8) eventuale relazione aziendale 9) se presenti scoperti esclusivi, indicare le destinazioni d'uso delle aree e delle vie di circolazione ▶ layout aziendale con relativa legenda ▶ relazione aziendale (se prevista)
Attività settore <u>alimentare</u> <small>(D.P.R. 327/80 ss. mm. ed int., Reg.CE 852/2004, reg. 853/2004, ecc..)</small>	Relazione igienico sanitaria contenente: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1) la descrizione dell'oggetto delle lavorazione effettuate, la tipologia di macchinari impiegati 2) numero dei lavoratori addetti; 3) modalità di smaltimento dei rifiuti solidi e smaltimento acque reflue di lavorazione 4) informazioni relative ad eventuali emissioni di vapori/fumi 5) percorsi sporco-pulito addetti e carico-scarico merci ▶ layout aziendale con relativa legenda

DIRITTI SANITARI

Tariffario Delibera regionale n. 548 del 15.03.1999 ss. mm. ed int.

Numero delle singole unità abitative	<input checked="" type="checkbox"/> € 91,17 (parere su progetto per ogni attività produttiva) TOT...€ 91,17 <input type="checkbox"/> € 60,78 (parere su progetto per ogni unità abitativa) TOT.....
Numero delle singole attività produttive1...	per modifiche/ristrutturazioni si applica una aliquota del 50% su tutte le voci, per i pareri su ampliamenti si applica l'aliquota intera relativamente alla sola porzione di ampliamento, in caso di situazioni miste (modifiche più ampliamenti) si applicheranno le rispettive aliquote sopra precisate Si allega pagamento effettuato tramite: <input checked="" type="checkbox"/> IBAN Area Vasta 1: IT81F031110260000000008161 <input type="checkbox"/> Casse ASUR indicando nella causale: <u>parere per progetto edilizio</u>

Indicare eventuali pareri già rilasciati dal questa Azienda Sanitaria:

protocollo n° Rif. SUAP. n. 00956400410-18072016-0900 del 08/09/2016 richiedente RIVACOLD srl

Rif. conferenza di servizi in modalità sincrona del 14/10/2016 –

Prot. Asur n. 0074478|07/09/2016|ASURAV1|PROAV1|A

protocollo n° _____ del _____ richiedente _____

protocollo n° _____ del _____ richiedente _____

N.B. Il Dipartimento di Prevenzione valutata la documentazione presentata, si riserva di chiedere chiarimenti ai fini della definizione della pratica.

**TIMBRO DELLA DITTA
E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

ovvero sottoscrizione digitale

**TIMBRO E FIRMA
DEL TECNICO ABILITATO**

ovvero sottoscrizione digitale

**TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO
(come definito all'art.2, c. 1, lett. B del D.Lgs. 81/08)**

ovvero sottoscrizione digitale

Pesaro li 13/01/2020

N.B. Si raccomanda di barrare/compilare ogni singola voce (pertinente al progetto) al fine di snellire la procedura di valutazione del progetto edilizio; ogni voce non barrata/compilata potrà essere oggetto di richiesta di integrazione.