

MARCA DA BOLLO

REGIONE VENETO
All'Azienda U.L.S.S. N. 9 - Scaligera
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
UOS Salute e Ambiente
P.e.c: prevenzione.aulss9@pecveneto.it

OGGETTO: Richiesta di certificazione di idoneità igienico sanitaria della struttura da adibire ad attività formative, didattiche o corsi che necessitano di un accreditamento regionale.

Il sottoscritto _____
Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Data nascita ____ / ____ / ____
Residente a _____ Prov. _____
in via _____ N° _____ C.A.P. _____
Tel. _____ e-mail/pec _____

In qualità di: _____

CHIEDE

Che venga effettuato un sopralluogo presso l'immobile sito a _____
in via _____ N° _____
per il rilascio della certificazione indicata in oggetto.

Data ____ / ____ / _____ Firma _____

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>.

Data _____ Firma del dichiarante _____

DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA:

- Relazione tecnica sintetica delle attività e modalità organizzative
- Tavole rappresentative della struttura con i parametri strutturali
- Tavola planimetrica di inquadramento generale con l'indicazione dei percorsi di accesso alla struttura
- Tavola specifica dell'accessibilità ai sensi della normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche
- Relazione sintetica di valutazione del rischio
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità
- Attestazione del versamento della somma di 76 Euro (salvo conguaglio in base alla tempistica)

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Direttore: Dr. Antonio MaggioloU.O.S. Salute Ambiente
Responsabile: Dr. Fabio Zanini**ISTRUZIONI PER L'UTENTE**

La somma da versare è da calcolare secondo le indicazioni fornite dalla DGR 29/12/2014, n. 2714 s.m.i. ed è costituita dalla somma degli importi di cui ai punti A, B e C:

A) Sopralluogo (tempo in loco con verbale):	
per ogni frazione di 30 minuti	€ 25,00
(Massimo complessivo giornaliero per singolo sopralluogo € 200,00)	
B) Spese di trasferta per intervento:	€ 20,00
C) Rilascio di atto di idoneità igienico – sanitaria della struttura (attestati o pareri non espressamente previsti dal tariffario)	€ 31,00
Totale versamento (salvo conguaglio al termine della pratica)	€ 76

PAGAMENTO Distretti 1-2 (sede di Verona, via Salvo d'Acquisto n.7)

Versamenti da effettuarsi tramite una delle seguenti modalità:

Bonifico bancario sul c/c: IBAN IT 97 E 05034 11751 000000123973 indicando: intestato a Azienda U.L.S.S. 9 - Scaligera - Servizio Tesoreria - Via Valverde 42 - 37122 VERONA.

Nella causale dev'essere inoltre indicato:

"S.I.S.P. ex ULSS 20 - Codice prestazione 573 – Prestazione **esclusa** dall'I.V.A."; inoltre Ragione Sociale, codice fiscale o partita I.V.A. Allegare la contabile del bonifico effettuato;

oppure

Bollettino sul C.C.P n. 12239372 intestato a: Azienda U.L.S.S. 9 – Scaligera – Servizio Tesoreria - Via Valverde 42 - 37122 VERONA.

N.B. Sul bollettino di c.c.p. dovranno essere indicate chiaramente le generalità ed il recapito della persona o della ditta e nella causale di versamento deve inoltre comparire la dizione:

"S.I.S.P. ex ULSS 20 - Codice prestazione 573 – Prestazione esclusa dall'I.V.A.". Allegare ricevuta del bollettino effettuato.

PAGAMENTO Distretto 3 (sede di Legnago, via Frattini 48, c/o palazzo di vetro)

Versamenti da effettuarsi tramite una delle seguenti modalità:

Bonifico bancario sul c/c: IBAN IT 97 E 05034 11751 000000123973 indicando: intestato a Azienda U.L.S.S. 9 - Scaligera - Servizio Tesoreria - Via Valverde 42 - 37122 VERONA.

Nella causale dev'essere inoltre indicato:

"S.I.S.P. ex ULSS 21 - Codice prestazione 865105/865114/865137 – Prestazione **esclusa** dall'I.V.A."; inoltre Ragione Sociale, codice fiscale o partita I.V.A. Allegare la contabile del bonifico effettuato;

oppure

Bollettino sul C.C.P. n. 12317376 intestato a: Azienda U.L.S.S. 9 – Scaligera – Servizio Tesoreria - Via Valverde 42 - 37122 VERONA.

N.B. Sul bollettino di C.C.P. dovranno essere indicate chiaramente le generalità ed il recapito della persona o della ditta e nella causale di versamento deve inoltre comparire la dizione:

"S.I.S.P. ex ULSS 21 - Codice prestazione 865105/865114/865137 – Prestazione esclusa dall'I.V.A.". Allegare ricevuta del bollettino effettuato.

Uffici Cassa Distrettuali e/o Sedi Ospedaliere, indicando il codice prestazione:

865105	Spese di trasferta (per intervento)	€ 20,00
865114	Sopralluogo (tempo in loco con verbale) per ogni frazione di 30 minuti	€ 25,00
865115	Sopralluogo (tempo in loco con verbale) massimo complessivo giornaliero per singolo sopralluogo	€ 200,00
865137	Attestati o pareri non espressamente previsti dal tariffario	€ 31,00

PAGAMENTO Distretto 4 (sede di Valeggio, via Santa Maria Crocefissa di Rosa n.1)

Versamenti da effettuarsi tramite una delle seguenti modalità:

Bonifico bancario sul c/c: IBAN IT 97 E 05034 11751 000000123973 indicando: intestato a Azienda U.L.S.S. 9 - Scaligera - Servizio Tesoreria - Via Valverde 42 - 37122 VERONA.

Nella causale dev'essere inoltre indicato:

"S.I.S.P. ex ULSS 22 - Codice prestazione VA831171 – Prestazione **esclusa** dall'I.V.A."; inoltre Ragione Sociale, codice fiscale o partita I.V.A. Allegare la contabile del bonifico effettuato;

oppure

Bollettino sul C.C.P. n. 12317376 intestato a: Azienda U.L.S.S. 9 – Scaligera – Servizio Tesoreria - Via Valverde 42 - 37122 VERONA.

N.B. Sul bollettino di C.C.P. dovranno essere indicate chiaramente le generalità ed il recapito della persona o della ditta e nella causale di versamento deve inoltre comparire la dizione:

"S.I.S.P. ex ULSS 22 - Codice prestazione VA831171 – Prestazione esclusa dall'I.V.A.". Allegare ricevuta del bollettino effettuato.

Ai sensi della D.G.R. 2714 del 29/12/2014 e s.m.i. al richiedente la prestazione spetta il diritto, salvo particolari casi disciplinati dalla legge, di avere un solo originale dei certificati, relazioni, elaborati, documenti ecc. concernenti la prestazione richiesta.

- ***I sopralluoghi verranno effettuati in ordine cronologico, previo appuntamento telefonico.***
- ***Il certificato ha validità di 6 mesi dalla data di rilascio.***