





- che l'esercizio è provvisto di sterilizzatore:
 

SI	NO	Solo materiale MONOUSO
----	----	------------------------

 se SI, indicare tipo (autoclave, fornetto di Pasteur, etc.) e procedure di sterilizzazione:  
 .....  
 .....  
 .....
- che è presente in sede il manuale d'uso e manutenzione per tutte le apparecchiature presenti:
 

SI	NO
----	----
- che gli strumenti utilizzati sono:
  - aghi, tubi e taglienti monouso sterili (recanti nome del fabbricante e/o responsabile sterilizzazione, metodo sterilizzazione, scadenza, numero del lotto)
 

SI	NO
----	----
  - pigmenti atossici e sterili (con etichetta in italiano riportante nome ed indirizzo del produttore, numero di lotto, data minima durabilità, indicazioni d'uso ed avvertenze, lista ingredienti, garanzia di sterilità)
 

SI,	in confezione monodose
NO	con valvola di non reintroduzione
  - cup monouso (in caso non si utilizzino pigmenti monodose)
 

SI	NO
----	----
  - diluenti atossici e sterili
 

SI	NO
----	----
- che sono presenti in sede le schede tecniche e/o di sicurezza in italiano di tutti i prodotti ( pigmenti, diluenti, ecc.):
 

SI	NO
----	----
- che sono presenti certificazioni della ditta produttrice sulla atossicità e sterilità dei pigmenti / inchiostri / diluenti utilizzati - ResAP(2008)1:
 

SI	NO
----	----

**PROCEDURE**

- che l'elenco del materiale (disinfettanti, antisettici, ecc.), della strumentazione e le modalità utilizzate per la decontaminazione, disinfezione ad alto livello e sterilizzazione sono:  
 .....  
 .....  
 .....
- che le cautele adottate a tutela degli utenti nella conduzione igienica dell'attività sono (procedure per disinfezione mani, disinfezione degli ambienti, conservazione dei pigmenti, decontaminazione spandimenti di sangue):  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....
- che l'utente viene informato sul rischio di trasmissione di malattie infettive (Memorandum all. 3 Linee Guida Ministero della Sanità del 05/02/1998):
 

SI	NO
----	----

## DOCUMENTAZIONE E CERTIFICAZIONI

- di essere in possesso del certificato di agibilità rilasciato in data \_\_\_\_\_ prot. ....  
dal Comune di .....
- che la destinazione d'uso dei locali è .....
- che i locali sono dotati di acqua destinata al consumo umano:  
fornita dall'acquedotto pubblico  
fornita da acquedotto privato/pozzo aut. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ con Giudizio  
di Idoneità richiesto/rilasciato dal SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) della ASL ai sensi del  
D.L.vo n. 31/2001 art. 6 punto 5 bis con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.
- che le acque reflue sono smaltite mediante:  
fognatura comunale - autorizzazione allo scarico n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
rilasciata da .....  
idoneo sistema di smaltimento alternativo ó autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
rilasciata da .....  
idoneo sistema di smaltimento alternativo - A.U.A n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
rilasciata dal SUAP del Comune di \_\_\_\_\_ ai sensi del DPR n.  
59/2013  
*Qualora i locali non siano serviti da fognatura comunale, specificare le modalità di smaltimento  
alternativo .....*
- di essere in possesso della dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico ai sensi del D.M. 37/08:  
SI NO
- di aver ottemperato agli obblighi di avvenuta omologazione dell'impianto elettrico presso INAIL (ex ISPESL)  
ed ARPA Lazio ai sensi del D.P.R. 462/01, poiché è presente personale dipendente o equiparato come definito  
dall'art. 2 del D. Lgs. 81/08, ed essere in possesso della verifica periodica dell'impianto di messa a terra:  
SI NO
- di essere soggetto agli obblighi di cui al DPR 151/2011 per la prevenzione incendi ed aver provveduto  
all'inoltro della SCIA antincendio presso i VV.F. per attività in categoria:  
A B C Attività non soggetta a SCIA antincendio
- di essere in possesso dell'autorizzazione in deroga rilasciata al sottoscritto, ai sensi dell'art. 65 del D. L.vo  
81/08, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RM H in data  
\_\_\_\_\_ n. prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (in caso di locali interrati adibiti a luogo di lavoro  
con presenza di lavoratori ex art. 2 D. L.vo 81/2008)

SI NO NON NECESSARIO

In riferimento al **rischio di emissioni di gas endogeni pericolosi (CO<sub>2</sub>, H<sub>2</sub>S, Radon)** nei **Comuni di Anzio, Castel Gandolfo, Ciampino, Marino e Pomezia**, dichiara di aver applicato, per tutte le attività non rientranti nel campo di applicazione del D. L.vo 81/08 (assenza di personale dipendente o equiparato come definito all'art. 2 del D. Lgs. 81/08), le misure di tutela indicate nella nota della ASL Roma H ó Dipartimento di Prevenzione prot. gen. n. 88255 del 15/10/2012, reperibile presso gli uffici dei distretti specificati in allegato

SI NO NON NECESSARIO

- di essere in possesso dell'autorizzazione rilasciata al sottoscritto, ai sensi dell'art. 63 comma 1, relativo al punto 1.2 dell'Allegato 4 del D. Lgs. 81/08, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RM H in data ..... n. prot. .... del ..... .. (indispensabile per adibire a luogo di lavoro i locali di altezza inferiore a tre metri nelle aziende industriali e artigianali con lavoratori ex art. 2 D. Lgs. 81/2008)

SI NO NON NECESSARIO

- di allegare (*barrare le voci corrispondenti alla documentazione che si allega*):
  - ✓ ricevuta del versamento dei diritti sanitari per valutazione / registrazione SCIA e sopralluogo ove previsto **intestato ad ASL RM H Albano Laziale ó SISP su c.c. postale n. 20633020** oppure su c/c bancario **cod. IBAN IT 97 0 02008 38864 000400007355**, indicando come causale **óCENTRO COSTO 042017010í - SISP H/í ö (\*) di p 51,65** (*punto 1.4.1 del tariffario unico regionale*)
  - ✓ una planimetria in scala 1:100 timbrata e firmata da un tecnico abilitato riportante: *tipologia dell'attività, nominativo del richiedente, comune ed indirizzo del locale, destinazione d'uso, altezze, superfici in mq., abaco delle superfici finestrate apribili (rapporti aeroilluminanti), sezioni longitudinali e trasversali, eventuali quote di interrimento; in presenza di impianto d'aerazione forzata, riportare in pianta il percorso della canalizzazione ed allegare relazione tecnica in base alla norme tecniche di riferimento (UNI 10339:95 e s.m.i)*
  - ✓ attestato di formazione di 90 ore del personale conseguito presso scuola autorizzata dalla Regione Lazio  
 elenco dei pigmenti utilizzati  
 fotocopia documento di identità del dichiarante

Estremi del documento ..... ..

..... , lì .....

Firma del dichiarante

..... ..

**Informativa D.Lgs. 196/03 art.13 (Privacy)**

- I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per la istruttoria dell'istanza da lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
- Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- I dati non verranno comunicati a terzi, salvo quanto necessario per l'espletamento degli obblighi connessi alla normativa in materia di diritto di accesso; in particolare, ai sensi di quanto disposto dalla L. 241/90 e s.m.i., nel caso in cui il documento richiesto contenga informazioni riferite a soggetti terzi che all'esercizio del diritto di accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, l'Azienda è tenuta a fornire loro notizia della richiesta trasmettendo copia della stessa;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio;
- La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: **non validazione del corso**;
- Il titolare del trattamento è l'Azienda USL RM H;
- Il responsabile del trattamento è ..... .. ;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/03, rivolgendosi all'indirizzo in epigrafe.

(\*)

**DISTRETTO H1 - CENTRO DI COSTO 0420170101**

Comprende i Comuni di: *Frascati, Colonna, Grottaferrata, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Rocca di Papa, Rocca Priora*

Sede di Frascati - Via E. Fermi, 2 - Tel. 06.93274476 fax 06.93274478

Dirigente Dott.ssa Franca Mangiagli

**DISTRETTO H2 - CENTRO DI COSTO 0420170102**

Comprende i Comuni di: *Albano Laziale, Ariccia, Castelgandolfo, Genzano di Roma, Nemi, Lanuvio*

Sede di Ariccia c/o Ospedale Spolverini Via delle Cerquette, 2 - Tel. 06.93273758 fax 0693273757

Dirigente Dott. Daniele Gentile

**DISTRETTO H3 - CENTRO DI COSTO 0420170103**

Comprende i Comuni di: *Marino e Ciampino*

Sede di Ciampino - Via Calò, 5 - Tel. 0693275360 fax 06.93275550

Dirigente Dott.ssa Caterina Aiello

**DISTRETTO H4 - CENTRO DI COSTO 0420170104**

Comprende i Comuni di: *Ardea e Pomezia*

Sede di Pomezia - Via dei Castelli Romani, 2/p - Tel. 06.93275213 fax 06.93275205

Dirigente Dott.ssa Margherita Ruiù

**DISTRETTO H5 - CENTRO DI COSTO 0420170105**

Comprende i Comuni di: *Velletri e Lariano*

Sede di Velletri - Via San Biagio, 5 - Tel. 06.93272444 fax 06.93272443

Dirigente Dott. Francesco Beato

**DISTRETTO H6 - CENTRO DI COSTO 0420170106**

Comprende i Comuni di: *Anzio e Nettuno*

Sede di Anzio - Viale Severiano, 5 - Tel. 06.93276103 fax 0693276122

Dirigente Dott. Roberto Giammattei