

**Scheda Tecnica di
AUTOCERTIFICAZIONE**

In materia igienico sanitaria e di sicurezza per struttura veterinaria privata
(Art.6 D.P.R. 447/98; Art. 20 lett. f Legge n. 833/1978; TULLSS; LR N° 16/2000 Del.G.R.T. n°501 /2000)
(subprocedimento ASL)

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO:

Impresa / Ditta _____
 Legale Rappresentante _____
 Sede Legale _____
 Ubicazione dell'attività _____
 Recapito telefonico _____ P. IVA _____

TIPOLOGIA DI OPERAZIONE

(è consentito barrare più di una casella):

- apertura di attività
- trasferimento
- modifiche
- ampliamento
- altro _____

TIPOLOGIA STRUTTURA :

- AMBULATORIO VETERINARIO
- CLINICA VETERINARIA
- CASA DI CURA VETERINARIA
- OSPEDALE VETERINARIO

Il sottoscritto, in qualità di titolare dell'attività congiuntamente al/ai professionista/i abilitato/i per le parti di rispettiva competenza, consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

ATTESTA

la conformità dei progetti alle singole prescrizioni previste dalle norme vigenti in materia della sicurezza degli impianti e della tutela sanitaria; in particolare

DICHIARA

quanto riportato nelle seguenti pagine:

Modulo predisposto da:

Azienda U.S.L. n° 2 Lucca – Ufficio Coordinamento Attività Produttive

Sezione 1

DATI RELATIVI ALL'IMMOBILE

Quadro A IDONEITÀ DEI LOCALI

Quadro non compilato in quanto: _____

1. I locali rispettano i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente ed in particolare sono conformi, per quanto applicabili:

→ al D.P.R 303/56, al Decr.Lgs. 626/94 e loro successive modifiche;

→ al regolamento edilizio ed al regolamento d'igiene e sanità del Comune di _____;

→ agli indirizzi tecnici di igiene edilizia per i locali e gli ambienti di lavoro della Regione Toscana pubblicati nel febbraio 2000.

2. E' stata verificata la sussistenza dei requisiti previsti dalle norme speciali in relazione alla tipologia del fabbricato ed alla attività che vi verrà esercitata.

In particolare, tale verifica è stata svolta con riferimento alle seguenti norme:

3. Sono state previste idonee vie ed uscite d'emergenza.

4. Sul locale è stato acquisito parere preventivo ai sensi dell'art. 11 L.R.52/99

SI Comune di _____ prot. n. _____ del _____

NO

Quadro B
SERVIZI IGIENICI

È stato previsto un numero complessivo di _____ servizi igienici di cui:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> n. _____ destinati al personale | <input type="checkbox"/> distinti per sesso |
| <input type="checkbox"/> n. _____ destinati al pubblico | <input type="checkbox"/> distinti per sesso |
| <input type="checkbox"/> n. _____ destinati ai disabili | <input type="checkbox"/> distinti per sesso |

NON sono stati previsti servizi igienici in quanto _____

Quadro C
SPOGLIATOI

Sono stati previsti n. _____ locali destinati a spogliatoi per il personale
Detti locali sono stati dimensionati applicando il seguente criterio (*punto 3.2.2.b Indirizzi
Tecnici Regione Toscana*) _____

NON sono stati previsti spogliatoi per il personale in quanto _____

Quadro D
APPROVVIGIONAMENTO IDRICO AD USO ALIMENTARE ED IGIENICO

L'approvvigionamento idrico avviene a mezzo:

- acquedotto comunale
- acquedotto privato
- pozzo artesiano esistente
- pozzo artesiano di nuova costruzione
- altro (*specificare*) _____

Quadro E
SMALTIMENTO LIQUAMI

Lo smaltimento dei reflui liquidi di tipo civile è conforme alla normativa vigente in materia ed avviene a mezzo:

- fognatura dinamica comunale
- sistema proprio specificare: _____

Quadro F
IMPIANTO ELETTRICO

1. Potenzialità _____ kW

L'impianto elettrico sarà realizzato secondo le regole di buona tecnica e dichiarato conforme ai sensi della L.46/90 dall'installatore.

L'impianto elettrico è realizzato conformemente alla L.46/90 e la *dichiarazione di conformità* è custodita presso la ditta.

2. L'impianto, ai fini della redazione del progetto, rientra nella previsione di cui all'art.4 del D.P.R. 447/91

SI NO perché _____

In caso di risposta affermativa, specificare in quale tipologia di impianto rientra tra quelli elencati dall'art. 4 sopra citato:

- comma a
- comma b
- comma c
- comma d

3. Per quanto riguarda l'impianto di protezione da scariche atmosferiche si dichiara che:

4. Per quanto riguarda l'impianto di messa a terra, si dichiara che:

5. Per quanto riguarda l'impianto in luoghi con pericolo di esplosione si dichiara che:

Quadro G IMPIANTO TERMICO

- Non previsto in quanto _____
- Previsto in TUTTI i locali
- Previsto nei locali _____

Tipo di impianto: potenzialità kW _____
 alimentato a _____

L'impianto/i termico/i è/sono:

- Progettato/i nel rispetto delle seguenti norme di buona tecnica (*specificare*):

- Installato/i nel rispetto delle seguenti norme di buona tecnica (*specificare*):

Ed è/sono composto/i da:

quantità	Tipo caldaia	potenzialità	alimentazione
	Caldaia ad acqua calda		
	Caldaia ad acqua surriscaldata		
	Caldaia a vapore		
	Caldaia ad olio diatermico		
	Altro: _____		
Potenzialità totale			

Serbatoi

- Non previsti.
- I serbatoi rispettano le norme e le leggi specifiche sia in riferimento agli stessi che alla loro installazione e comprendono:

Quantità	Tipo	Capacità
	Serbatoi GPL	
	Serbatoi combustibile liquido	
	Altro: _____	

Alimentazione tramite metanodotto

- Le tubazioni di adduzione gas e l'installazione nel suo complesso rispetta le norme e leggi vigenti.

Quadro H
IMPIANTI ESTRAZIONE ARIA

NON previsto in quanto _____

La tipologia impiantistica di estrazione dell'aria è prevista al fine di

Captare alla fonte gli inquinanti aerodispersi

Integrare l'areazione naturale nei locali adibiti a: _____

Sostituire l'areazione naturale nei locali adibiti a: _____

Ed è idonea ad ottenere livelli di salubrità ambientale adeguati alle conoscenze tecniche attuali, in quanto:

Gli impianti localizzati per la captazione di _____ garantiscono una velocità di cattura dell'inquinante di _____ m/s nel punto di sviluppo

Gli impianti di ventilazione generale e/o climatizzazione forniscono una portata d'aria esterna di _____ m³/h, prelevata lontano da fonti d'inquinamento e determina un ricambio di n° _____ vol/h

Sezione 2

DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA'

Quadro I Rischio incendio

L'attività NON RIENTRA / RIENTRA (*barrare quella che non interessa*) tra quelle comprese nella tabella di cui alla L.689/59 e D.M. 16/02/82 .

Nell'esercizio dell'attività viene tenuto conto di quanto previsto dal D.M. 10/03/98 ed in base allo stesso il rischio incendio è stato classificato come:

Elevato

Medio

Basso

Quadro L

VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI LAVORATORI

La progettazione dell'attività è avvenuta nel rispetto delle norme di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro ed in particolare nel rispetto dei criteri contenuti nell'**art. 3 del D.l.gs 626/94**

Quadro M
INDIVIDUAZIONE DELLE CAUSE DI NOCIVITÀ
ED INTERVENTI PREVISTI

Dall'esame delle materie prime, delle varie fasi della lavorazione, dei macchinari utilizzati , sono state rilevate le seguenti cause di nocività dovute a:

SI/ NO	CAUSE DI NOCIVITA'	FORME DI ABBATTIMENTO E/O CONTENIMENTO		
		ALLA FONTE con	NELL'AMBIENTE con	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI
	POLVERI			
	FUMI E NEBBIE			
	GAS E VAPORI			
	RUMORE			
	VIBRAZIONI			
	ALTE/BASSE TEMPERATURE			
	UMIDITA'			
	AGENTI BIOLOGICI			
	AGENTI CANCEROGENI			
	RADIAZIONI IONIZZANTI			
	RADIAZIONI NON IONIZZANTI			
	ALTRO			

Quadro N
MACCHINARI

Nell'esercizio dell'attività non vengono utilizzate attrezzature e macchinari.

Nell'esercizio dell'attività vengono utilizzate le seguenti attrezzature e macchinari:

Macchine rientranti nel campo di applicazione del D.P.R. 24/07/96 n° 459 con marcatura CE

DESCRIZIONE

Macchine ***non rientranti*** nel campo di applicazione del DPR 24/07/ 96 n° 459 , ma rispettano la normativa vigente

DESCRIZIONE

Quadro O
APPARECCHI A PRESSIONE

- Nell'esercizio dell'attività non vengono utilizzati apparecchi a pressione.
- Gli apparecchi a pressione utilizzati nell'esercizio dell'attività rispettano il R.D. 12/05/1927 n° 824 e successive integrazioni e comprendono:

quantità	Tipo apparecchio	capacità	Pressione d'esercizio
N° _____	Recipienti a vapore omologati ISPESL		
N° _____	Recipienti a vapore rientranti nelle specifiche DPR 13/02/81 n°341 (pressione ≤0,5 bar)		
N° _____	Recipienti a GAS (DM 21/05/74)		
N° _____	Recipienti a GAS rientranti nelle specifiche DPR 13/02/81 n°341 (pressione ≤0,5 bar)		
N° _____	Recipienti a pressione contenti azoto o aria (DL 27/09/91 n° 311) con marcatura CE		

Inoltre:

- Gli apparecchi di cui sopra sono in possesso delle certificazioni attestanti la loro idoneità in base alla legislazione vigente.
- L'installazione degli apparecchi a pressione dichiarati è conforme alle normative ed alla legislazione vigente.

Quadro P
ALTRE INFORMAZIONI

Quadro Q
APPRONTAMENTO DELL'ESERCIZIO

- I locali sono già approntati
- I locali non sono ancora approntati

Il sottoscritto _____, titolare dell'attività, dichiara di aver compilato e di sottoscrivere i seguenti quadri

Frontespizio

Sezione 1

A **B** **C** **D** **E** **F** **G**

H

Sezione 2

I **L** **M** **N** **O** **P** **Q**

DATA

FIRMA

Il sottoscritto _____, professionista abilitato, dichiara di aver compilato e di sottoscrivere i seguenti quadri

Frontespizio

Sezione 1

A **B** **C** **D** **E** **F** **G**

H

Sezione 2

I **L** **M** **N** **O** **P** **Q**

DATA

TIMBRO E FIRMA

Il sottoscritto _____, professionista abilitato, dichiara di aver compilato e di sottoscrivere i seguenti quadri

Frontespizio

Sezione 1

A **B** **C** **D** **E** **F** **G**

H

Sezione 2

I **L** **M** **N** **O** **P** **Q**

DATA

TIMBRO E FIRMA

Allega al presente modulo i seguenti documenti:

1. **Elenco delle attrezzature installate**
2. **Relazione sulle attività espletate specificando interventi e/o utilizzo- tipologia di farmaci** (firmata dal titolare e dal responsabile sanitario della struttura);
3. **Relazione sulla tipologia di animali trattati;**
4. **Planimetria dei locali in scala 1:100** timbrata datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi al presidio, la superficie in metri quadri per singoli locali, la collocazione dei principali macchinari e apparecchiature.
5. **scheda di orario apertura al pubblico**(come da modello allegato)
6. **scheda identificativa del responsabile sanitario della struttura** (come da modello allegato)
7. **elenco personale dipendente e collaboratori.**(come da modello allegato)

Altri allegati (specificare)

DATA

FIRMA

Informativa ai sensi della L. 675/96:
i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso.

Parte riservata all'Ufficio Comunale

Sono stati compilati e firmati i quadri

Frontespizio

Sezione 1

A

B

C

D

E

F

G

H

Sezione 2

I **L**

M

N

O

P

Q

Sono stati allegati, da parte dell'impresa, i seguenti documenti:

Elenco delle attrezzature installate

Relazione sulle attività espletate specificando interventi e/o utilizzo - tipologia di farmaci (firmata dal titolare e dal responsabile sanitario della struttura);

Relazione sulla tipologia di animali trattati;

Planimetria dei locali in scala 1:100, timbrata datata e sottoscritta dal tecnico compilatore e dal richiedente, idonea ad identificare l'articolazione interna dei singoli locali/spazi con destinazione d'uso, i percorsi interni ed esterni e gli accessi al presidio, la superficie in metri quadri per singoli locali, la collocazione dei principali macchinari ed apparecchiature.

scheda di orario apertura al pubblico(come da modello allegato)

scheda identificativa del responsabile sanitario della struttura(come da modello allegato)

elenco personale dipendente e collaboratori.(come da modello allegato)

INOLTRE L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE DOVRÀ PROVVEDERE AD ACQUISIRE E TRASMETTERE A QUESTO UFFICIO COPIA DI:

1. **Certificato (o autocertificazione) di Iscrizione all'Ordine dei Veterinari**(Indicante data e luogo di conseguimento di titolo, specializzazioni, abilitazioni, registrazione del diploma a norma dell'art.100 del T.U.L.L. SS.);
2. **Dichiarazione di accettazione della responsabilità sanitaria della struttura**,ove sia assunta da persona diversa dal richiedente l'autorizzazione;
3. **Documento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, comprovante la disponibilità dei locali;**
4. **Parere preventivo rilasciato dalla Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici Veterinari o dall'Ordine Provinciale dei Medici Veterinari competente per territorio, ai sensi ddd Delib. della Giunta Regionale n.505 del 24.04.96- allegato A lett. f)** (non nel caso di domanda di apertura di ambulatorio veterinario);
5. **Attestazione di pagamento della tassa di concessione regionale.**

Note

L'Addetto

Scheda di Identificazione del RESPONSABILE SANITARIO DELLA STRUTTURA

Nome.....**Cognome**.....
Data di nascita.....
Residenza.....
Titolo di studio.....
 (Conseguito il.....c/o.....)
Specializzazione.....
 (Conseguita ilc/o.....)
Abilitazione.....
 (Conseguita ilc/o.....)

Firma del Responsabile Sanitario della Struttura

.....

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO

LUNEDI					
MARTEDI					
MERCOLEDI					
GIOVEDI					
VENERDI					
SABATO					
DOMENICA					

**PERSONALE AMMINISTRATIVO, TECNICO E/O AUSILIARIO E/O CON
COLLABORAZIONE OPERANTE NELLA STRUTTURA**

(Tot. N. _____)

NOME	
COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
TITOLO DI STUDIO E/O PROFESSIONALE	
QUALIFICA E/O MANSIONE RICOPERTA	
TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO	

NOME	
COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
TITOLO DI STUDIO E/O PROFESSIONALE	
QUALIFICA E/O MANSIONE RICOPERTA	
TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO	