

Allo S.P.eS.A.L. ASL BARI - Area Sud
s.c. La Russa 4, S. Michele in Monte Laureto
70017 Putignano (BA)

Il/la sottoscritt_____, _____ nat_ in _____ il ___/___/_____, e
residente in _____, Legale Rappresentante -
altro: _____ tel./cell. _____ e-mail _____
della Società / Ditta _____ con sede in _____
Via _____ con la presente

CHIEDE

a codesto Servizio:

- autorizzazione in deroga ex art. 63 comb. disp. punto 1.2.4 dell'Alleg. IV D. Lgs. 81/08.
- autorizzazione in deroga ex art.65 D. Lgs. 81/08.
- parere preventivo per utilizzo ambienti di lavoro in deroga di cui all'art. 63 comb. disp. punto 1.2.4 dell'Alleg. IV D.Lgs. 81/08 (R.R. 13/2009).
- parere preventivo per utilizzo ambienti di lavoro in deroga di cui all'art. 65 del D. Lgs. 81/08 (R.R. 13/2009).

per i locali siti in _____ via _____ n° _____, da adibire alla attività
di: _____

Allegati:

- a) relazione tecnica inerente l'attività che verrà posta in essere, ambienti di lavoro e rischi inerenti l'attività;
- b) tavole di elaborato grafico (piante, prospetti, sezioni);
- c) scheda di notifica ex art. 67 D. Lgs. 81/08 (se in presenza di più di 3 lavoratori);
- d) dichiarazione del tecnico progettista attestante l'importo dei lavori da realizzare;
- e) individuazione delle fonti di emissione di agenti chimici per i locali oggetto dell'intervento e relative misure preventive adottate (richiesto nei procedimenti di deroga ex art. 65 del D. Lgs.81/08 e s.m.i.);
- f) individuazione dei punti di misurazione del gas Radon, così come previsto dal D. Lgs 101/2020;
- g) relazione tecnica dell'impianto aeraulico conforme alle UNI 10339-95;
- h) dichiarazione di conformità di tutti gli impianti a servizio dell'attività;
- i) agibilità e destinazione d'uso dei locali

In tempi successivi sarà trasmessa la attestazione di avvenuto pagamento tramite circuito pagoPA dei diritti sanitari, attesa comunicazione relativa all'importo dovuto, come da tariffario B.U.R.P. n° 149 del 27/9/2011, da parte del Servizio destinatario dell'istanza, tramite i canali previsti di trasmissione.

Il termine per la conclusione del procedimento è fissato in 30 (trenta) giorni dalla data di consegna.
Soggetto a cui è attribuito il potere sostitutivo: Dr. Marisa Corfiati - Tel. 0805840924 - Mail: marisa.corfiati@asl.bari.it

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.lgs.196/03:

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati sopraelencati ai sensi del D.lgs n°196/2003 con le seguenti precisazioni: i dati raccolti saranno trattati solo per fini istituzionali, anche con strumenti informatici, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza tutelando la Sua riservatezza ed i suoi diritti.

Firma _____

Data _____ -

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SPESAL AREA SUD

Sede: S.C. La Russa, 4 - San Michele in Monte Laureto 70017 - PUTIGNANO
PEC: spesalsud.aslbari@pec.rupar.puglia.it
mail: spesal.putignano@asl.bari.it