

REGIONE TOSCANA
Dipartimento della Salute e Politiche di Solidarietà
Servizio Sanitario Nazionale
Regione Toscana



AZIENDA U.S.L. N° 2 – LUCCA
AREA FUNZIONALE DELLA PREVENZIONE
Ufficio Coordinamento Attività Produttive
Via di TIGLIO n° 292 - 55012 Carraia
Capannori (LUCCA)
Tel. 0583/449274-5 fax. 083/449277

PARTE RISERVATA AZIENDA USL

DATA RICEVIMENTO _____

PROT. n° _____

Scadenza termini per Chiarimenti _____

Scadenza termini per Parere _____

Note: **Ogni quadro va firmato dal Professionista e dal rappresentante della ditta**

COMUNE DI

Quadro A

MODULO DI PROCEDIMENTO MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE

(ART.6 D.P.R. 447/98)

Avente per oggetto:

- Localizzazione attività produttiva
- Realizzazione attività produttiva
- Ristrutturazione attività produttiva
- Ampliamento attività produttiva
- Riattivazione attività produttiva
- Riconversione attività produttiva
- Altro _____

Il presente modulo di autocertificazione, ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 447/98, viene compilato al fine della sicurezza degli impianti e della tutela sanitaria.

L'impresa intende avvalersi del presente modulo come notifica art.67 D.Lgs.vo 81/2008 ?

rispondere SI/NO nella casella

Allegati obbligatori da presentare se la risposta è SI

- planimetria dei locali in scala 1:100 riportando in pianta il lay-out delle macchine/attrezzature, destinazione d'uso dei locali, superficie utile, altezza, superfici aeroilluminanti ;
- relazione descrittiva delle lavorazioni, delle principali modalità delle stesse e delle caratteristiche dei locali e degli impianti

Allegati obbligatori da presentare se la risposta è NO

- planimetria dei locali in scala 1:100 riportando in pianta il lay-out delle macchine/attrezzature, destinazione d'uso dei locali, superficie utile, altezza, superfici aeroilluminanti ;

Al presente MODULO sono contestualmente presentati:

- Nessun altro MODULO
- IL MODULO DI COMUNICAZIONE A EFFICACIA IMMEDIATA

Quadro B

DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA

DITTA (ragione sociale) _____ P.IVA

Con SEDE in (indirizzo) _____ tel. _____

Legale rappresentante _____

Codice Fiscale _____

Ubicazione Attività: Come sopra Altro Indirizzo: _____

Tipo attività: _____

Settore: industria artigianato altro: _____

Numero dipendenti: Uomini Donne

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro C

IDONEITÀ' LOCALI

Si certifica che i locali rispettano i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente ed in particolare sono conformi, per quanto applicabili:

- al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.
- al regolamento edilizio comunale e 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 Dicembre 1995.

Si dichiara che i locali rispettano la normativa igienico - sanitaria e di sicurezza specifica ove esistente (*es. alberghi; strutture sanitarie etc..*) specificare quali norme sono seguite:

Si dichiara che il fabbricato è dotato di idoneo approvvigionamento idrico tramite:

acquedotto comunale pozzo privato altro: _____

Si dichiara che nella struttura NON sono presenti materiali contenenti amianto

Si dichiara che nella struttura sono presenti materiali contenenti amianto a matrice friabile per i quali è stato ottemperato a quanto previsto dall'art.4 del D.M. '94

Si dichiara che nella struttura sono presenti materiali contenenti amianto a matrice compatta per i quali è stato ottemperato a quanto previsto dall'art.4 del D.M.'94

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro D

ATTIVITA' QUALIFICATE COME INSALUBRI

Quadro non compilato perché: _____

Si dichiara che l'attività rientra nella classificazione del D.M. 02/09/94 in classe:

Classe 1° Classe 2°

In riferimento a:

Sostanze chimiche (specificare)

Prodotti e materiali (specificare)

Attività industriali (specificare)

Si attesta inoltre di aver ottemperato a quanto previsto dall'art. 216 del T.U. delle Leggi Sanitarie.

Nota: In caso l'attività si configuri come insalubre allegare planimetria di zona in scala 1:2000

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro E

SCARICHI IDRICI DI TIPO CIVILE

- Si dichiara che gli scarichi sono convogliati in pubblica fognatura.
- Si certifica che il sistema di smaltimento liquami per scarichi idrici di tipo civile è conforme a quanto disposto dalla normativa vigente

La destinazione finale dei reflui è :

- Nel suolo
- In acque superficiali
- Altro specificare _____

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro F

Reflui Produttivi

- Si dichiara che non ci sono reflui produttivi
- Si dichiara che i reflui derivanti dal processo produttivo sono i seguenti:

e che sono stoccati e/o smaltiti nel seguente modo:

e che sono rispettate le distanze da pozzi o sorgenti per uso potabile previste dalle normative vigenti.

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro G

Rifiuti Produttivi

- Si dichiara che non ci sono rifiuti produttivi
- Si dichiara che i rifiuti derivanti dal processo produttivo sono i seguenti:

e che sono stoccati e/o smaltiti nel seguente modo:

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro H

Emissioni in atmosfera

Si dichiara che non ci sono emissioni in atmosfera.

Si dichiara che sono presenti le seguenti emissioni:

derivanti dalle fasi di processo:

per le quali si è già provveduto a richiedere, ove prevista, l'autorizzazione ai sensi del DECRETO LEGISLATIVO 152/2006

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro I

Rumore

Si dichiara che non sono presenti sorgenti di rumore.

Si certifica che è stata effettuata la previsione di impatto acustico ai sensi della L.R. 89/98 e verificato il rispetto dei limiti di emissione ed immissione assoluti e differenziati previsti per la zona di insediamento.

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro L

IMPIANTO ELETTRICO

Si certifica che l'impianto elettrico è stato realizzato conformemente al D.M. 37/08 e successive integrazioni.

Potenza installata Kw

Per quanto concerne la protezione contro le scariche atmosferiche si dichiara che:

Per quanto concerne l'impianto di messa a terra si dichiara che:

Per quanto concerne l'impianto in luoghi con pericolo di esplosione e/o a maggior rischio in caso di incendio si dichiara che:

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

N.B. se il professionista incaricato non è un Perito Industriale o un Ingegnere deve essere allegata la dichiarazione di conformità dell'impianto completa dei suoi allegati

Quadro M

**VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE
E LA SICUREZZA DEI LAVORATORI**

- Si certifica che la progettazione del ciclo produttivo è avvenuta nel rispetto delle norme di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro ed in particolare nel rispetto dei criteri contenuti **nell'art. 15 del D.l.gs 81/08.**
- Quadro non compilato perché: _____

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro N

**INDIVIDUAZIONE DELLE CAUSE DI NOCIVITÀ
ED INTERVENTI PREVISTI**

- Quadro non compilato perché _____

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 | | | |

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro O

APPARECCHI DI SOLLEVAMENTO E TRASPORTO

- Si dichiara che i seguenti impianti di sollevamento e/o trasporto hanno le certificazioni attestanti la loro rispondenza al **D.P.R.459/96** (Direttiva macchine)

| quantità | Nome apparecchio |
|----------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

- Si dichiara che i seguenti impianti di sollevamento e/o trasporto non rientrano nel punto sopra, tuttavia rispettano le norme e la legislazione vigente.

| quantità | Nome apparecchio |
|----------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

- Quadro non compilato perché _____

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro P

PERCORSI E VIABILITA' INTERNA

- Si certifica che i percorsi sia dei pedoni che dei mezzi di trasporto sono progettati nel rispetto del D.lgs 81/08.

- Quadro non compilato perché: _____

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro Q

Quadro Q non compilato perchè : _____

IMPIANTO TERMICO

Si certifica che l'impianto/i termico/i è/sono:

Progettato/i nel rispetto delle seguenti norme vigenti in materia (specificare):

 Installato/i nel rispetto delle seguenti norme vigenti in materia (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

Si certifica che tutti 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: si dichiara che il progetto per le tubazioni di adduzione gas e l'installazione nel suo complesso rispetta le norme e leggi vigenti

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro R

APPARECCHI A PRESSIONE

- Si dichiara che gli apparecchi a pressione 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 ISPEL | | |
| N° _____ | Recipienti a vapore rientranti nelle specifiche DPR 13/02/81 n°341 (pressione ≤0,5 kg/cm ²) | | |
| N° _____ | Recipienti a GAS (DM 21/05/74) | | |
| N° _____ | Recipienti a GAS rientranti nelle specifiche DPR 13/02/81 n°341 (pressione ≤0,5 kg/cm ²) | | |
| N° _____ | Recipienti a pressione contenti azoto o aria (DL 27/09/91 n° 311) con marcatura CE | | |

Inoltre si dichiara che

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

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

- Quadro non compilato perchè

Quadro S

RISCHIO INCENDIO

Si certifica che l'attività:

- non rientra nella tabella di cui alla L.689/59 e D.M. 16/02/82
- rientra tra quelle comprese nella tabella di cui alla L.689/59 e D.M. 16/02/82 ed è stato richiesto il certificato di prevenzione incendi.
- Si dichiara che è stato dato adempimento a quanto previsto dal D.M. 10/03/98 ed in base al quale il rischio incendio è stato classificato:
- Elevato
 - Medio
 - basso

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro T

IMPIANTI ESTRAZIONE ARIA

Si dichiara che la tipologia impiantistica di estrazione dell'aria prevista al fine di:

- Captare alla fonte gli inquinanti aerodispersi
- Integrare l'areazione ambientale nei locali adibiti a: _____
- Sostituire l'areazione naturale nei locali adibiti a: _____

È idonea ad ottenere livelli di salubrità ambientale *adeguati alle conoscenze tecniche attuali*; in particolare si dichiara che:

- Gli impianti localizzati per la captazione di _____ garantiscono una velocità di cattura dell'inquinante di almeno _____ 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
- Quadro non compilato perché : _____

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro U

MACCHINE OPERATRICI

- 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 non compilato perché: _____

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

Quadro V

Altro

- Quadro non compilato.
- Si certifica che:

Ditta: firma del L.R./titolare/altro

firma e timbro del professionista incaricato

PAGAMENTO DIRITTI DOVUTI DALL'UTENTE

I diritti dovranno essere versati con bollettino di conto corrente postale n. 14896559 intestato a Azienda USL 2 LUCCA –Servizio Tesoreria- o direttamente con BANCOMAT attivo all'Ufficio SUP (sportelli unico della Prevenzione-Via di Tiglio 292 Carraia (sede del Dipartimento della Prevenzione).

Si fa presente che per la Zona Valle del Serchio il pagamento tramite Bancomat potrà essere fatto agli uffici ASL di Ponte All'Ania

L'attestazione del bollettino o la ricevuta del pagamento effettuato tramite Bancomat dovrà essere consegnata contestualmente alla presentazione della pratica all'Ufficio Suap Comunale. I diritti dovuti potranno essere desunti consultando la 1^ pag. del sito www.usl2.toscana.it/sup (tariffario regionale).

Per chi compila il presente modello i diritti dovuti dovranno essere calcolati al 50% .

Si ricorda che per le pratiche arrivate all'Ufficio UCAP (ASL2) senza la prova dell'avvenuto versamento dei diritti dovuti, scatterà la non procedibilità dell'istruttoria determinando la sospensione dei termini temporali per il rilascio del nulla-osta dovuto che avverrà sempre e comunque dopo il versamento dei diritti di cui sopra.

Superficie utile interessata = mq. _____

NOTA: L'AUSL si riserva di richiedere, nelle more dei tempi stabiliti per legge, chiarimenti e/o integrazioni al modulo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Sottoscritta da professionista o da società di professionisti
unitamente al legale rappresentante dell'impresa)
(art. 46 DPR 28/12/2000, NR. 45)

Io sottoscritto/a professionista

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------|
| Titolo | | Nome e cognome | |
| Iscritto all'albo professionale de | | Al numero | Codice fiscale |
| Residente (Provincia) | | Via e numero civico | |
| Telefono e fax | Eventuali collaboratori al progetto | | |
| Quadri compilati | | | |

Io sottoscritto/a professionista (nel caso vari professionisti abbiano compilato diversi quadri)

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------|
| Titolo | | Nome e cognome | |
| Iscritto all'albo professionale de | | Al numero | Codice fiscale |
| Residente (Provincia) | | Via e numero civico | |
| Telefono e fax | Eventuali collaboratori al progetto | | |
| Quadri compilati | | | |

In qualità di tecnico/i delle opere e/o impianti, unitamente al sottoscritto/a,

| | | | |
|--|--|----------------|----------------|
| Titolo | | Nome e cognome | |
| Residente (Provincia, Via e numero civico) | | Al numero | Codice fiscale |

che agisce non in proprio ma quale Legale Rappresentante della Ditta _____

_____ con sede in _____

Via _____ al civico n° _____;

Visto il comma 1 dell'art. 6 del D.P.R. 447/98;

Visto l'art. 46 DPR 28/12/2000, NR. 45;

Visto il codice di Procedura Penale;

dichiara assieme al titolare/L.R./altro della Ditta

che le autocertificazioni presentate sono conformi alle singole prescrizioni previste dalle norme vigenti in materia.

Data _____

I dichiaranti

Il Titolare/L.R./altro/della Ditta

Il Professionista

Esente da autentica di firma ai sensi art. 3, comma 10 L. 127/97 ed esente da imposta di bollo ai sensi art. 14 Tab. B D.P.R. 642/72