SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 4

REGIONE LAZIO

Rev. 10 del 26. 01 . 2016

ASL RMF

SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

Sede di

Oggetto: Richiesta di parere igienico sanitario dei locali da adibire a :

☐ **STRUTTURA RESIDENZIALE PER MINORI**:
- ◯ Casa famiglia
- ◯ Gruppo-appartamento
- ◯ Comunità educativa

☐ **STRUTTURA PER ADULTI CON DISABILITA'**:

☐ SEMIRESIDENZIALE ☐ RESIDENZIALE
- ◯ Casa famiglia
- ◯ Comunità alloggio

☐ **STRUTTURA PER ANZIANI:**

☐ SEMIRESIDENZIALE ☐ RESIDENZIALE
- ◯ Casa famiglia
- ◯ Comunità alloggio
- ◯ Casa di riposo
- ◯ Casa-albergo

☐ **STRUTTURA PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI:**

☐ SEMIRESIDENZIALE ☐ RESIDENZIALE
- ◯ Comunità alloggio
- ◯ Casa famiglia
- ◯ Comunità di pronta accoglienza

☐ **STRUTTURA RESIDENZIALE PER DONNE IN DIFFICOLTA':**
- ◯ Casa famiglia
- ◯ Comunità alloggio
- ◯ Comunità di pronta accoglienza

(ai sensi della L.R. n. 41/2003 , D.G.R. n. 1305/2004 , D.G.R. 375/2011, D.G.R. 126/2015)

☐ **MENSA SOCIALE**

☐ **ACCOGLIENZA NOTTURNA**

☐ **SERVIZI PER LA VACANZA :**

☐ SEMIRESIDENZIALE ☐ RESIDENZIALE
- ◯ per Minori
- ◯ per Anziani
- ◯ per Adulti con disabilità

☐ **SERVIZI DI EMERGENZA E PRONTO INTERVENTO ASSISTENZIALE:**

☐ **CENTRO DIURNO :**
- ◯ per Minori
- ◯ per persone con disabilità
- ◯ per Anziani
- ◯ per Persone con problematiche Psico-sociali

(ai sensi della L.R. n. 41/2003 , D.G.R. n. 1304/2004 , D.G.R. 125/2015)

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 4

REGIONE LAZIO

Il/la Sottoscritto/a ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈
Titolare/rappresentante legale della Società ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈
nato/a a ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 4

REGIONE LAZIO

CUP - AZIENDA U.S.L. RM4

Oggetto: Pagamento diritti SISP

Si prega di provvedere alla riscossione della somma di **€** ⌈⌈⌈⌈,⌈⌈⌈ da parte del Sig./ra *(nome)* ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈ *(cognome)* ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈ nato/a *(per gli stranieri indicare solo lo stato di nascita)* ⌈⌈⌈ ⌈ ⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ (⌈⌈) il ⌈⌈ /⌈ ⌈ / ⌈ ⌈⌈⌈ Codice Fiscale / Partita Iva ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ titolare / rappresentante legale della Ditta / Società ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈ ⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈⌈

Codice **AM 18.5** **Diritti SISP** **(** Mod erog. Amministrative, altro tariffario)

AVVERTENZE :

L'attestazione di pagamento va presentata a corredo della richiesta.
Il pagamento può' essere effettuato anche con bonifico bancario presso BNL Civitavecchia:
CODICE IBAN : IT03A0100539040000000218000