

AZIENDA SANITARIA di FIRENZE

Sede legale: Piazza S. Maria Nuova, 1 - 50122 FIRENZE

U. O. IGIENE PUBBLICA E DEL TERRITORIO - Zona Nord Ovest

Pratica Edilizia

(Spazio riservato al Comune)

Al Sindaco del Comune di Signa

Oggetto: Parere igienico sanitario ai sensi dell'art. 220 del T. U. L .S. n ° 1265 del 27/7/1934

(da compilare a cura del richiedente)

Proprietario

Ubicazione dell'immobile

Tipologia progetto: [] NUOVA COSTRUZIONE [] RISTRUTTURAZIONE O RESTAURO
 [] MANUTENZIONE STRAORDINARIA [] VARIANTE.....
 [] (Altro) -----

Unità a destinazione abitativa: n°

Unità a destinazione commerciale direzionale: n° mq.

Impianto trattamento smaltimento liquami: n° utenti

FTB FOSSA IMHOFF ALTRO

Allacciamento pubblica fognatura : SI NO

Approvvigionamento idrico acquedotto pubblico : SI NO

(Spazio riservato al tecnico U.S.L.)

Si esprime parere: FAVOREVOLE CONTRARIO SOSPESO

data.....Medico delegato.....Prot.....

Integrazioni del Prot.

Si esprime parere: FAVOREVOLE CONTRARIO SOSPESO

data.....Medico delegato.....Prot.....

AZIENDA SANITARIA di FIRENZE ZONA NORD-OVEST
IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Alfa Columbus Via Livornese, 277 - Lastra a Signa
Tel 055/878711

Via Corsi Salviati, 13 - Sesto Fiorentino
Tel 055/4498354 Fax 055/4498251
055/4498357

MODELLO DA COMPILARE PER PRESTAZIONI DI "IGIENE PUBBLICA"

RICHIEDENTE (denominazione/ ragione sociale o Cognome e Nome):

CODICE FISCALE / PARTITA IVA (obbligatorio):

SEDE LEGALE o RESIDENZA:

Comune _____ Frazione /Località _____

Provincia. _____ CAP _____

Via _____

N. _____ Telefono _____

PRESTAZIONE RICHIESTA:

MQ. (attività complessiva) _____ ambienti n.° _____

categoria (per alberghi etc.) _____

unità abitative _____

data _____

Firma del richiedente _____

Spazio riservato USL

Prestazione effettuata in
data _____ da _____

Codice tariffario e
descrizione _____

€ _____ IVA _____ **TOTALE €** _____

Firma _____