

ASL 4

Struttura Complessa P.S.A.L.

Via G.B. Ghio 9

16043 CHIAVARI GE

psal@pec.asl4.liguria.it

NOTIFICA

ex art. 67 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

Nuovi Inseidiamenti Produttivi

Ad integrazione della modulistica prevista dal Decreto Interministeriale 18/4/2014

DITTA _____

SEDE LEGALE _____

SEDE ATTIVITA' _____

RAPPRESENTANTE LEGALE _____

Tel _____ Cell _____ Fax _____

Pec _____

P. IVA _____

- a) Nuova costruzione
- b) Ampliamento
- c) Ristrutturazione
- d) Inizio attività
- e) Trasferimento da _____
- f) Altro (specificare) _____

settore

- INDUSTRIA
- ARTIGIANATO

- AGRICOLTURA
- _____

classificazione ATECO

descrizione attività

Data di inizio attività _____

Allegare elaborati grafici dell'insediamento (esistente o da progetto) in scala 1:100 indicando:

- 1. I locali con destinazione d'uso**
- 2. L'ubicazione di tutte le attrezzature utilizzate**
- 3. I presidi antincendio**
- 4. Le porte e le uscite di emergenza (comprehensive di ampiezza e senso di apertura)**

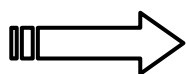
PERSONALE ADDETTO

1) Titolare SI NO

2) N° Soci lavoratori _____ 3) N° Operai _____ 4) N° Impiegati _____

5) N° Collaboratori familiari _____ 6) N° Coadiuvanti _____ 7) N° Apprendisti _____

8) N° Associati in partecipazione _____ 9) N° (Altro: _____) _____



PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI N° _____ ADDETTI

di cui N° _____ uomini N° _____ donne N° _____ portatori di handicap

oooooooooooooooooooo

N° di Soci di capitale (non lavoratori) _____

ORARIO DI LAVORO

Mattino _____ Pomeriggio _____ Notturno _____

Giornaliero: N° addetti _____ Su due turni: N° addetti _____ Su tre turni: N° addetti _____

Altro _____

ILLUMINAZIONE ED AERAZIONE NATURALI

LOCALE (destinazione d'uso)	VALORI DIMENSIONALI			SUPERFICIE FINESTRATA		RAPPORTI	
	altezza	superficie S_p	volume	apribile S_{fa}	non apribile S_{fi}	aerazione S_{fa}/S_p	illuminante $S_{fa}+S_{fi}/S_p$

ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE

NORMALE - *caratteristiche tecniche:*

EMERGENZA - *caratteristiche tecniche:*

AERAZIONE ARTIFICIALE

LOCALE (destinazione d'uso)	Tipo e caratteristiche dell'impianto	N. ricambi/h	Ricambio forzato dell'aria (m ³ /h)

PRESIDI ANTINCENDIO

Estintori n° ____ Tipo _____ Idranti n° ____ Tipo _____

Altro _____

RISCALDAMENTO - CONDIZIONAMENTO

LOCALE (destinazione d'uso)	Tipo di impianto ed alimentazione	Potenzialità	Temperatura garantita	
			max-estate	min-inverno

SERVIZI IGIENICO-ASSISTENZIALI

N° W.C. ____ N° Lavandini ____ N° Spogliatoi ____ N° Docce ____

Pacchetto di medicazione Cassetta di pronto soccorso Infermeria

Refettorio Mensa Locale di riposo

MATERIE PRIME - PRODOTTI AUSILIARI PRESENTI NEL CICLO PRODUTTIVO

SOSTANZA/MATERIA UTILIZZATA		LAVORAZIONE		DEPOSITO	
Nome commerciale e ditta produttrice	Nome chimico	Fase di lavorazione e relativa T °C	Consumo giornal./ mensile (Kg)	Ubicazione	Quantità (Kg)

Allegare la **SCHEDA DI SICUREZZA**, ove prevista, di tutte le sostanze utilizzate nel ciclo produttivo.

IMPIANTI ELETTRICI

- nessuna modifica
- modifica o ampliamento
- nuova installazione
- installazioni in luogo con pericolo di esplosione
- installazioni e dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche

Allegare copia della dichiarazione di conformità ex D.M. 37/98 o della dichiarazione di rispondenza nei casi previsti dallo stesso decreto.

IMPIANTI TECNOLOGICI

Impianti tecnologici presenti nell'insediamento	nuovo o modificato	esistente
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allegare copia della dichiarazione di conformità ex D.M. 37/98 (se prevista).

**ELENCO DELLE ATTREZZATURE SOGGETTE ALLE VERIFICHE PERIODICHE DI
CUI ALL'ALLEGATO VII DEL D.LGS. 81/08**

Apparecchi di sollevamento materiali di portata superiore a 200 Kg ed idroestrattori a forza centrifuga	marca	tipo
<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Apparecchi di sollevamento persone	marca	tipo
<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Attrezzature/insiemi a pressione: Gas - Vapore – Riscaldamento	marca	tipo
<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

PREVENZIONE INCENDI

Attività soggetta al DPR 151/11:
NO SI => categoria A B C



in tale caso si ha:

- Attività n° _____ All. I - DPR 151/11 SCIA presentata in data _____
- Progetto presentato al Comando VV.F. per N.O. di fattibilità in data _____
- Certificato di prevenzione incendi rilasciato in data _____
- Rinnovo periodico di conformità antincendio inviato al Comando in data _____

Note:

Il sottoscritto _____ è a conoscenza che l'ASL si riserva il diritto di richiedere ed acquisire ogni altra informazione o dato ritenuti necessari sia sul ciclo tecnologico e le materie prime ed ausiliarie adoperate, sia sulla parte impiantistica di servizio dell'attività denunciata.

Si allegano:

- Planimetrie dei locali con indicazione delle altezze, destinazioni d'uso, ubicazione delle attrezzature, presidi antincendio, uscite di emergenza (ampiezza e senso di apertura delle porte)

- Dichiarazione di conformità dei seguenti impianti:

.....
.....
.....
.....
.....

- Schede tecniche di sicurezza

- _____
- _____
- _____
- _____
-

Data _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere preso visione del documento di "Informazioni specifiche relative al trattamento dei dati effettuato dalla S.C. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro" di ASL4, consultabile sul sito www.asl4.liguria.it

Firma leggibile