

**Regione Piemonte**  
**Azienda Sanitaria Locale n. 18**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE**

Via F.lli Ambrogio, 25/A  
**12051 ALBA**  
Tel.0173/316613 Fax.0173/361379  
E.mail sian.alba@asl18.sanitacln.it

Via Goito, 1  
**12042 BRA**  
Tel.0172/420410 Fax.0172/420433  
E mail dipprev.bra@asl18.sanitacln.it



Al Sig. Sindaco del Comune di.....

E p.c. ASL 18 Alba-Bra  
Dipartimento di Prevenzione  
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
Via F.lli Ambrogio 25/A  
ALBA

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SANITARIA TEMPORANEA (art. 2 L. 283/62; DPR 327/80; DL.vo 155/97; Circ. Reg. Piemonte 2830/48/766 – 1995)**

NOME COGNOME (Responsabile Legale).....  
Nato a .....Il.....residente a.....  
via.....CF O P.IVA.....  
località festa.....in occasione di.....  
giorni.....somministrazione dal.....n. pasti previsti.....

1) APPROVVIGIONAMENTO IDRICO

- A) acquedotto pubblico   
B) acquedotto privato.....

2) SMALTIMENTO RIFIUTI SOLIDI.....

3) SOMMINISTRAZIONE

- A) solo bevande   
B) panini e simili   
C) pasti completi   
D) altro.....

4) PREPARAZIONE PASTI SI  NO

- A) in locale chiuso in muratura attrezzato   
B) su cucina viaggiante attrezzata e autorizzata   
C) in aree attrezzate al momento, delimitate da pareti e pavimento lavabili   
D) come al punto C), sotto tendone o padiglione autorizzato   
fornite di lavello con acqua potabile SI  No   
E) altro.....

5) SOMMINISTRAZIONE

- A) in locale attrezzato   
B) su aree all'aperto   
C) sotto tendone o padiglione autorizzato   
D) altro.....

6) ATTREZZATURE per la conservazione degli alimenti

- A) deposito per alimenti non deperibili e vettovaglie SI  NO   
B) frigorifero n°..... per materie prime  
C) frigorifero n°..... per cibi preparati

Il frigorifero C) è indispensabile per menù che prevedono piatti freddi e/o per somministrazioni che avvengono per più pasti

7) ATTREZZATURE per la cottura degli alimenti  
A) n° punti di cottura, sistemati su.....  
C) tipo di combustibile impiegato.....

8) ATTREZZATURE per la somministrazione  
A) vettovaglie a perdere   
B) vettovaglie tradizionali

9) ATTREZZATURE per il lavaggio per punto B).....

10) SERVIZI IGIENICI forniti di acqua SI  NO  n°.....

11) **MENU': allegare copia**

TERMINE DI APPRONTAMENTO DELLE STRUTTURE ASSOGGETTATE A ISPEZIONE: ORE.....DEL.....

**Recapito telefonico dell'incaricato per l'ottenimento dell'autorizzazione sanitaria.....**

DATA

FIRMA

Visto, si autorizza:

IL SINDACO