

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.sanitatcn.it

Via Goito, 1
12042 BRA
Tel.0172/420410 Fax.0172/420433
E mail dipprev.bra@asl18.sanitatcn.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 aIl.....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