



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



Dipartimento di Prevenzione
Area di Sanità Pubblica Veterinaria
Coordinamento

Oggetto: Procedura per la segnalazione di inconvenienti Igienico-Sanitari

Procedura da adottare in caso di segnalazione di privati cittadini o Enti che ravvisano inconvenienti igienico-sanitari relativi ad animali o ad esercizi di vendita o somministrazione di alimenti per l'uomo.

- Il richiedente deve segnalare l'inconveniente sul modulo "Richiesta sopralluogo per inconvenienti Igienico-Sanitari" al Servizio Veterinario del Distretto di appartenenza, oppure inviarlo per PEC al seguente indirizzo:
area.dipartimentale.veterinaria@pec.aslromag.it
- allegando copia del documento di identità
- allegando ricevuta del versamento di 75,48 €

(c/c postale n. 82501008 intestato a Az. ASL ROMA G Servizio Tesoreria
Bonifico Bancario su c/c intestato ad ASL ROMA G IBAN: IT13K0200839452000006570071 Causale "Cod. 3.22.4 - Richiesta sopralluogo per accertare inconvenienti igienici")

- La richiesta firmata ed accompagnata dalla fotocopia del documento di identità viene protocollata ed inviata al Dipartimento di Prevenzione Area di Sanità Pubblica Veterinaria per l'assegnazione.
- L'Area di Sanità Pubblica Veterinaria assegna la pratica al Dirigente Medico Veterinario ed invia comunicazione ai sensi della L. 241/90 e s.m.i. all'esponente ed al Responsabile del procedimento.

I tempi per lo svolgimento della pratica sono di 30 gg..

Nel caso la segnalazione interessa aspetti igienico-sanitari ambientali o di igiene degli esercizi di vendita o somministrazione di alimenti con rilevanza per la salute pubblica, si opererà in collaborazione con le altre unità operative della Asl e/o altri Enti e/o le Forze dell'Ordine.

Spett.le Azienda Sanitaria Locale Roma 5
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Veterinario
Distretto di _____

Oggetto: Richiesta sopralluogo per inconvenienti Igienico-Sanitari

Il/La sottoscritto/a _____

Residente in _____ Via /Loc. _____ Cap. _____

Telefono/Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE con la presente un sopralluogo presso: _____

Oggetto della segnalazione: _____

- Si allega il versamento di 75,48 € sul c/c postale n. 82501008 intestato a Az. ASL ROMA G Servizio Tesoreria e/o Bonifico Bancario su c/c intestato ad ASL ROMA G IBAN: IT13K0200839452000006570071 Causale " Cod. 3.22.4 - Richiesta sopralluogo per accertare inconvenienti igienici"
- Si allega copia del documento di identità.

Firma

Il/La Sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati ai fini strettamente necessari alle attività correlate all'oggetto della presente segnalazione.

Firma
