

AL RESPONSABILE
U.O.C. Igiene Alimenti e Nutrizione

PEC: prevenzione@pec.aslfrosinone.it

Oggetto: Richiesta di certificazione (attestazione) di potabilità di acqua proveniente da approvvigionamento autonomo ai sensi del D.Lgs. 18/2023 .

Il sottoscritto....., nato a.....(.....)
il...../...../.....e residente in.....(.....) via.....
.....n.....tel.....fax.....
Doc di riconoscimento.....C.F.....
in qualità di: () titolare () legale rappresentante () amministratore
C.F./P.IVA

dell' attività denominata.....
sita in via.....n.....Comune di.....
C.F. / P.IVAtel.
e-mailPEC (obbligatoria)

CHIEDE

a codesto Ente l'attestazione di potabilità, ai sensi del D. Lgs. 18/2023, di acqua proveniente da pozzo/_____sito in(.....) vian.....
(terreno fg.....p.la.....catasto terreni del Comune di) da utilizzare per usi

() igienico-sanitari; () alimentare; () allevamento bestiame; ()produzionialimentari;
() altro (specificare)

In relazione alla presente richiesta si dichiara che la predetta abitazione/struttura produttiva non ha possibilità di essere allacciata alla rete idrica pubblica per:

- la zona non è servita dalla rete idrica pubblica;
- la rete idrica pubblica è posta ad una distanza di m_____dalla struttura;
- il gestore idrico pubblico non è in grado di fornire acqua dal proprio acquedotto (allegare dichiarazione dell'Ente).

A tal fine allega copia della seguente documentazione:

1. Copia della Concessione di derivazione idrica ad uso igienico-sanitario/potabile ai sensi del Rd1775/1933, art 6 o art 93 rilasciata dall'amministrazione provinciale o, in alternativa, copia di denuncia del pozzo ad uso igienico-sanitario/potabile (con protocollo di presentazione all'Amministrazione provinciale);
2. Attestazione del titolo di proprietà del pozzo;
3. Perizia geologica del pozzo con evidenziati eventuali fattori di rischio per la qualità dell'acqua emunta o la loro assenza ;

4. Relazione tecnica descrittiva, firmata da tecnico abilitato sui materiali costituenti l'impianto idrico, gli impianti di trattamento-potabilizzazione, i serbatoi di deposito dell'acqua, i sistemi di allontanamento delle acque e dei liquami; la descrizione dell'area circostante il pozzo, in particolare relativamente ad eventuali situazioni di rischio igienico sanitario circostanti l'area di captazione;
5. Elaborato planimetrico (scala 1/50 o 1/100) dell'opera di captazione della rete idrica di distribuzione dell'acqua (dal pozzo ai fabbricati), la destinazione d'uso delle strutture approvvigionate, gli eventuali impianti di trattamento, vasche di accumulo e/o serbatoi idrici;
6. Certificato di tossicità dei materiali costituenti la rete idro-potabile (per impianti preesistenti da vecchia data e non oggetto di intervento, il certificato potrà essere sostituito dalla dichiarazione di un professionista abilitato);
7. Piano di gestione qualitativa dell'acqua redatto secondo i criteri HACCP e/o "Piano della sicurezza dell'acqua";
8. N. 1 analisi dell'acqua emunta direttamente dal pozzo, ed una post trattamento effettuate nell'ultimo anno diverse, con i parametri delle parti A e B del D.Lgs.18/2023, le analisi devono essere effettuate presso laboratorio accreditato;
9. Copia attestazione di versamento dei diritti sanitari pari ad euro 63,02;
10. Documento di riconoscimento:
11. Altro(specificare) _____.

La presente richiesta, è formulata dal sottoscritto _____, che dichiara di:

- essere edotto delle sanzioni penali previste dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sotto la sua personale responsabilità;
- essere a conoscenza che:
 - eventuali ulteriori accertamenti, sia ispettivi e/o analitici, che dovrebbero rendersi necessari per la valutazione delle acque in uso sono a suo totale onere;
 - la ASL ha la facoltà di effettuare periodicamente controlli sulle acque in uso ai sensi dell'art. 8 D.Lgs 31/2001.

Data _____

Il richiedente (Firma)

N.B.:il versamento può essere eseguito:

L'importo da versare - come da tariffario regionale è di € 63,02 e si può pagare tramite CUP codice **SIP.99.070**

o tramite bonifico intestato: ASL Frosinone Unicredit Banca di Roma Ag. 5-

codice IBAN: IT 18A0200814804000400002537

causale: SIAN-**Esame documentazione tecnica fino a 2 ore**

.