

Spett.le Comune di Fuscaldo
Via D. Sansoni, 21
87024 FUSCALDO (CS)

DICHIARAZIONE DI ASSIMILAZIONE AD ACQUE REFLUE DOMESTICHE IN PUBBLICA FOGNATURA

(ai sensi del D.Lgs. n.152/06, del DPR 19 OTTOBRE 2011 N.227)

Il sottoscritto Cognome Nome

Data di nascita /...../..... Luogo di nascita (Prov.)

Codice Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Residenza: Comune di CAP (Prov.)

Via/Piazza n.

in qualità di Legale rappresentante/Titolare (*cancellare la voce che non interessa*) dell'IMPRESA:

Denominazione o Ragione Sociale

con sede legale nel Comune di CAP (Prov.)

Via/Piazza n.

Tel. Cell. Fax

PEC @.....

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di al n.

Codice Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Partita IVA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DICHIARA L'ASSIMILABILITÀ DELLO SCARICO AD ACQUE REFLUE DOMESTICHE

DATI IDENTIFICAZIONE INSEDIAMENTO (compilazione obbligatoria):

Impianto sito nel Comune di
Via/P.za n.
Descrizione attività:
.....
.....
.....

SCARICHI ORIGINATI DA (barrare la casella che interessa):

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> SERVIZI IGIENICI numero servizi..... | mc/anno: |
| <input type="checkbox"/> LAVORAZIONE
<i>Compilare le voci collegate all'attività esercitata</i> | mc/anno: |
| <input type="checkbox"/> Numero posti a sedere | N°: |
| <input type="checkbox"/> Numero pasti giornalieri | N°: |
| <input type="checkbox"/> Capacità macchinari di lavaggio | Kg/giorno: |
| <input type="checkbox"/> Numero utenti struttura | N°: |
| <input type="checkbox"/> Numero posti letto | N°: |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)..... | mc/anno: |

TIPO DI PRELIEVO (barrare la casella che interessa):

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> ACQUEDOTTO | mc/anno: |
| <input type="checkbox"/> ACQUEDOTTO INDUSTRIALE | mc/anno: |
| <input type="checkbox"/> POZZO (contatore: SI [] NO []) | mc/anno: |
| <input type="checkbox"/> SORGENTE (contatore: SI [] NO []) | mc/anno: |
| <input type="checkbox"/> ACQUA RICICLATA | mc/anno: |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)..... | mc/anno: |
| <input type="checkbox"/> ACQUE SUPERFICIALI (contatore: SI [] NO []) | mc/anno: |

Se il prelievo è da ACQUE SUPERFICIALI, il nome del corpo idrico da cui si attinge è:

.....

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti,

Informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa,

DICHIARA

che

l'impresa

SVOLGE LA SEGUENTE ATTIVITA':
(barrare la casella corrispondente alla tipologia di attività svolta)

	TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ SVOLTA NELL'INSEDIAMENTO	Attività svolta
Punto F	Acque reflue assimilate ad acque reflue domestiche per equivalenza qualitativa:	
	a) le acque che prima di ogni trattamento depurativo presentano le caratteristiche qualitative e quantitative di cui alla tabella 10.	<input type="checkbox"/>
	c) le acque reflue provenienti dalle categorie di attività elencate nella tabella 7B con le limitazioni indicate nella stessa tabella.	<input type="checkbox"/>

• **Nel caso di cui alla lettera F, sub a):**

che le acque rispettano le caratteristiche indicate nella tabella 10 senza alcun preventivo trattamento.

che le acque scaricate rispettano i valori di tabella 3 per i restanti parametri o sostanze, senza alcun preventivo trattamento (barrare la casella solo nel caso in cui tali parametri o sostanze siano presenti nello scarico).

che il punto di controllo di cui all'art.9 comma 11 è ubicato.....

• **Nel caso di cui alla lettera F, sub c):**

Dichiara che le acque provengono dalla seguente attività e che le stesse rispettano le limitazioni indicate nella tabella 7B e delle relative note prescrittive:

	ATTIVITÀ	
1	Attività ristorazione (anche self-service), trattorie, rosticcerie, friggitorie, pizzerie, osterie e birrerie con cucina con capacità > 100 AE	<input type="checkbox"/>
2	Mense e forniture di pasti preparati con capacità > 100 AE	<input type="checkbox"/>
3	Laboratori, artigianali e non, per la produzione di dolci, gelati, pane, biscotti e prodotti alimentari freschi, lavorazione dolciaria della frutta, aceti, prodotti a base di frutta a guscio, estratti per liquori, tè e caffè, con un consumo idrico giornaliero inferiore a 5 m ³ nel periodo di massima attività	<input type="checkbox"/>
4	Laboratori di parrucchiere, barbieri e istituti di bellezza con un consumo idrico giornaliero inferiore a 1 m ³ al momento di massima attività	<input type="checkbox"/>
5	Lavanderie e stirerie con impiego di lavatrici ad acqua analoghe a quelle di uso domestico con macchinari con capacità massima complessiva di 100 kg	<input type="checkbox"/>
6	Grandi magazzini, solamente se avviene la vendita di beni con esclusione di lavorazione di carni, pesce o di pasticceria, attività di lavanderia e in assenza di grandi aree di parcheggio	<input type="checkbox"/>
7	Macellerie sprovviste del reparto di macellazione	<input type="checkbox"/>
8	Riparazione di beni di consumo	<input type="checkbox"/>
9	Liuteria	<input type="checkbox"/>
10	Allevamento di altri animali diversi da bovini, suini, avicoli, cunicoli, ovicaprini, equini con peso medio vivo non superiore alle 2 t	<input type="checkbox"/>
11	Ambulatori medici, anche odontoiatrici, laboratori odontotecnici, studi veterinari o simili, pubblici e privati, in assenza di laboratori di analisi, diagnostica e ricerca	<input type="checkbox"/>
12	Ospedali, case o istituti di cura, residenze socio-assistenziali e riabilitative con un numero di posti letto inferiore a 50, purché sprovvisti di laboratori di analisi e ricerca	<input type="checkbox"/>

che il punto di controllo di cui all'art.9 comma 11 è ubicato come indicato nella planimetria/mappa allegata.

DICHIARA INOLTRE:

che si atterrà al rispetto delle prescrizioni regolamentari adottate dall'Autorità di Ambito.

ALLEGA alla presente:

1. Fotocopia di documento di riconoscimento del sottoscrittore, ai sensi del DPR 445/2000 (obbligatoria);
2. Planimetria o mappa con posizionamento del punto di controllo (obbligatoria);
3. Copia di una recente bolletta del servizio idrico relativa all'impianto in questione (obbligatoria);

e, nel caso di cui alla lettera F, sub a):

4. Certificato di analisi dello scarico (*o, in alternativa*);
5. Documentazione di riferimento ai dati ed agli scarichi provenienti dai processi produttivi e dagli stabilimenti industriali analoghi (*e/o* alla più aggiornata letteratura tecnica di settore) **e si riserva di trasmettere, entro 180 giorni**, apposito certificato di analisi;

..... li

(luogo e data)

Il Dichiarante
