**Allegato n. 4-PRAL**

**Censimento amianto, registri e sistema informativo**

Modulo NA/1 - pag. 1 di 2

**Modulo NA/1 -** NOTIFICA PRESENZA DI AMIANTO IN STRUTTURE O LUOGHI

**AL DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA ATS INSUBRIA**
U.O.C. Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione negli Ambienti di Vita

Il / la sottoscritto Cognome ............................................. Nome ..……………....…….......................

nato a ......................................... prov. ....... Il ....../......./............

residente in Via/P.zza ........................……........... n. ... Frazione / Località ..............................

CAP .................. Comune .………….................................................... Provincia …......

Codice Fiscale .................................………............................

Telefono .................................................... Fax .…………………................

Indirizzo di posta elettronica ......................................................…………...............

in qualità di: proprietario amministratore condominio rappresentante legale

**dichiara**

**1. Indirizzo dell'edificio o del luogo con presenza di amianto**

Via/P.zza ………………...................................... N. ... Frazione / Località .......................................

CAP .................. Comune .......................…................ Provincia ………...

In caso di ditta/società/ struttura aperta al pubblico [vedi (\*) punto 2], indicare la denominazione:

...................…………………….............................................................................................................

**2. Destinazione d'uso prevalente dell'edificio o del luogo con amianto**

 Abitazione Uffici

 Struttura pubblica o privata aperta al pubblico (\* specificare) .......................................

 Fabbrica/Azienda

 Altro (specificare) ...............................................................………………………...........

(\*) Scuole di ogni ordine e grado - Strutture di ricovero e cura, Residenze Socio Assistenziali (RSA) - Uffici della pubblica amministrazione - Impianti sportivi, palestre, piscine - Alberghi e Case alloggio - Centri commerciali - Istituti penitenziari - Cinema, teatri, sale convegni - Biblioteche - Luoghi di culto (l'elenco non è esaustivo)

**3. Luogo dove è presente l'amianto:**

 Fabbricato

 Impianto

 Deposito in area coperta

 Deposito su terreno

 Amianto naturale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Regione Lombardia -D.G. Sanità - U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria PRAL allegato 4 -*

Modulo NA/1 - pag. 2 di 2

**4. L’amianto è: Confinato non confinato (\*)**

(\*) Confinato: materiale contenente amianto separato dall’ambiente da una barriera fisica permanente

**5. Il sito con presenza di l’amianto è Accessibile (\*\*) non accessibile**

(\*\*) Accessibile = possibilità di accedere al sito

**6. Indicazioni sui manufatti contenenti amianto**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametro** | Amianto in matrice friabile | Amianto in matrice compatta |
| Coibentazionedi strutturemurarie ometalliche | Coibentazionedi impiantitermici,tubazioni | Pareti o pannelliin cementoamianto, camini, eternit | Pavimenti invinil amianto |
| Anno di posa (aaaa) |  |  |  |  |
| Quantità (Kg o m3) |  |  |  |  |
| Superficie esposta alle intemperie (m2) |  |  |  |  |
| Stato di conservazione (\*) |  |  |  |  |
| Condizione del materialecon amianto (\*\*) |  |  |  |  |

(\*) Danneggiato meno del 10 % (<10%) / più del 10% (> 10%)

(\*\*) Friabile – Non friabile (Friabile = materiale che può essere facilmente sbriciolato o ridotto in polvere con la semplice

 pressione manuale)

**7. Vi è attività nel sito con amianto**  SI NO (Dismessa)

**8. È stato programmato l’intervento di bonifica** SI NO

**9.** (se Sì) **Tipo d’intervento programmato:** Rimozione Confinamento

 Altro ………………………………….

Data …../…../……… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante (leggibile e per esteso)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Regione Lombardia -D.G. Sanità - U.O. Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria PRAL allegato 4 -*