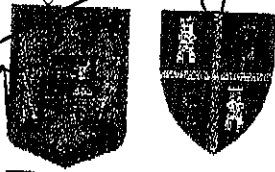


22.09
D-
de comunicat
M de
listat

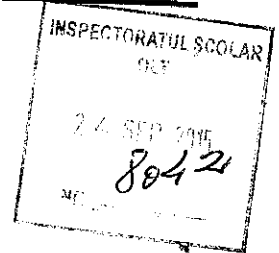


DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI OLT



Str. Crișan, Nr. 9 - 11, Slatina, Jud. Olt, Cod postal 230013
Telefon 0249-422.603 • 0249-418.517 • e-mail: dspj.olt@rdslink.ro

Nr. 6791 /21.09.2015



CĂTRE,

Inspectoratul Școlar al județului Olt
În atenția D-nei Inspector General Școlar

Referitor la unitatile școlare respinse, facem următoarele precizări :

- Autorizația Sanitară de Funcționare este un document medico-legal și se eliberează de către serviciile specializate din Direcția de Sănătate Publică, la solicitare; procedura autorizării este reglementată de OMS nr. 1030/2009 cu modificările și completările ulterioare.
- În cazul unităților școlare respinse, la reluarea procedurii de autorizare, acestea vor întocmi dosare de autorizare sanitară **pentru fiecare unitate de învățământ.**
Documentele necesare pentru solicitarea autorizației sanitare de funcționare în baza declarației pe propria răspundere sunt:

- a) cererea de autorizare, conform modelului
- b) declarația pe propria răspundere semnată, după caz, de managerul unității/administrator și/sau titularul activității, conform modelului, în dublu exemplar. Declarația pe proprie răspundere cuprinde la punctul 4.1 date cu privire la calitatea apei din sursa ce deservește unitatea de învățământ. Unitățile școlare care nu pot face dovada existenței unui buletin de analiză a apei din ultimul an calendaristic, vor fi programate în baza solicitării de autorizare pentru verificarea sursei de apă, după dezinfectia acesteia, conform „Norme de igienă pentru fantani publice și individuale folosite la aprovizionarea cu apă de băut” din Ordinul Ministerului Sănătății nr. 119/2014.
- c) decizia de schimbare a denumirii unității școlare, după caz
- d) memoriu tehnic, conform modelului
- e) schița unității
- f) dovada efectuării examenului medical periodic/ la angajare, după caz, al personalului unității de învățământ (didactic, nedidactic, auxiliar, etc.), conform modelului

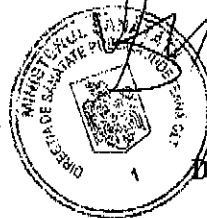
Nr. crt	Nume, prenume	Funcția	Examen medicina muncii (nr, data efectuării)

Va atasam modelele documentelor sus menționate.

DIRECTOR EXECUTIV
Dr. Victorita Diaconescu

DIRECTOR EXECUTIV ADJUNCT
Dr. Talia Cinca

Talia Cinca



MEDIC ȘEF DSSP
Dr. Marinela Madan

Marinela Madan

DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA OLT

Nr. /

CERERE

Subsemnatul(a),....., cu domiciliul in localitatea....., judetul....., str., bl./sc./et./ap....., posesor/posesoare al/a BI/CI seria....., nr....., eliberat(a) de la data de, in calitate de..... al....., cu sediul in....., telefon....., inmatriculata la registrul comertului sub nr....., avand codul fiscal nr. din....., solicit:

- autorizarea sanitara
- certificarea conformitatii
- consultanta
- viza anuala

pentru, situat la(adresa)....., avand ca obiect de activitate (cod CAEN) :, structura functionala.....

Anexez la cerere documentatia solicitata, completa, si anume:

- a) memoriul tehnic;
- b) planul de situatie cu incadrarea in zona;
- c) schite cu detalii de structura functionala si dotari specifice profilului de activitate;
- d) actul de infiintare al solicitantului;
- e) acte doveditoare privind detinerea legala a spatiului;
- f) chitanta de plata a tarifului de autorizare/certificare/asistenta de sanatate publica/viza nr. din data de....., in valoare de..... lei.

Data (completarii)

Semnatura

.....

.....

Anexa la ASF nr.
Nr. înregistrare autoritate competentă
Nr. înregistrare solicitant

DECLARAȚIE
referitoare la condițiile igienico-sanitare

Subsemnatul (a), în calitate de al, cu
sediul în localitatea, str. nr., sectorul, având codul fiscal
....., declar următoarele pe propria răspundere, cunoscând că declarațiile false sunt pedepsite
conform legii:
În sediul din localitatea, str., sectorul/judetul
....., se desfășoară activitatea/activitățile (cod CAEN)

Sunt asigurate următoarele:

1. Obiectivul are structura funcțională conform Ordinului ministrului sănătății nr. 976/1997 (se enumera
spațiile/incaperile, destinația acestora, suprafața):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Poșed următoarele dotări și echipamente specifice activității desfășurate:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Dețin acordul asociației de proprietari și al locatarilor din imediata vecinătate, conform Legii locuinței nr.
14/1996, republicată, cu modificările și completările ulterioare (pentru obiective aflate în imobile
colective): Da/Nu

4. În obiectiv sunt asigurate următoarele utilități:

4.1. apă potabilă - în sistem centralizat;

- din sursă proprie (put forat, fantană cu hidrofor, buletin de analiză apă potabilă nr. din data
.....)

4.2. apă caldă: - Da/Nu

4.3. canalizare: - racord la sistem public;

- alt sistem de evacuare a apei reziduale menajere.

5. Evacuarea deșeurilor menajere se face conform Contractului nr. / încheiat cu

6. Nr. angajați

7. Mă angajez să respect reglementările legale în vigoare specifice domeniului meu de activitate.

Data

Semnatura

MEMORIU TEHNIC

Subsemnatul _____ având funcția de _____
pendinte de (S.C., A.F.) _____ cu sediul în localitatea _____
_____ str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____ cu obiectul de
activitate _____

1. Sediul obiectului _____

2. Denumirea obiectului _____

3. Descrierea unității:

- amplasare _____

- construcție (zidărie, beton, sticlă, etc.) _____

- suprafața totală _____ și număr încăperi _____

- dotare (mobiliier, utilaje, frigider, echipament de protecție etc.) _____

- vestiar (dotare, suprafața) _____

- aprovizionare cu apă (rece, caldă) _____

- colectarea reziduurilor solide și lichide _____

- iluminat (natural, artificial) _____

4. Nr. personal angajat _____ TESA _____ productiv _____ îngrijire _____

- Controlul stării de sănătate _____

5. Materiale de curățenie _____

6. Aprovizionare cu mărfuri _____

7. Depozitarea mărfurilor _____

8. Noxe rezultate din activitatea obiectului _____

9. Licența pentru produsele noi puse în fabricație _____

10. Calificarea personalului _____

dacă posedă acte studii și cursurile "Noțiuni elementare de igienă" _____