



# Comune di Castel San Pietro Terme

Piazza XX Settembre, 3 – 40024 Castel San Pietro Terme (BO)  
Tel. 051-6954149-131-120 – Fax n. 051-6954152

## Area Servizi per il Territorio e la Collettività Segreteria Amministrativa – S.U.E.

<b>PROTOCOLLO GENERALE</b>	<b>NUMERO PRATICA DI SCARICO</b>	Bollo € 16,00
----------------------------	--------------------------------------	---------------

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SCARICO  
DI ACQUE REFLUE DOMESTICHE IN ACQUE SUPERFICIALI E SUL SUOLO  
(esclusivamente per edifici adibiti ad uso residenziale )**

(D.Lgs. 152/99 succ. mod. e int. – L.R. 3/99 – L.R. 22/00 – Delibera Giunta reg. E.-R. n°1053/03 - Reg. Comunale per il Servizio di Fognatura e Depurazione approvato con Delib. C.C. n. 85 del 22/07/2003 - D. Lgs. 152/06 e s.m)

**Il/la sottoscritto/a:**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP e prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

titolare	legale rappresentante	proprietario/comp. dell'insediamento	affittuario dell'insediamento
----------	-----------------------	--------------------------------------	-------------------------------

**Impresa**

Denominazione \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

con sede legale \_\_\_\_\_ CAP e prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## CHIEDE

### PER L'INSEDIAMENTO SITO IN CASTEL SAN PIETRO TERME

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

censito al catasto fabbricati al Fg. \_\_\_\_\_ mapp. \_\_\_\_\_ sub. \_\_\_\_\_

di proprietà \_\_\_\_\_

( persona fisica o giuridica proprietaria dell'insediamento) da compilarsi solo se diversa dal richiedente  
residente / con sede nel comune di \_\_\_\_\_ CAP e PROV \_\_\_\_\_

tel. / fax \_\_\_\_\_

### **ADIBITO AD USO:**

**ABITATIVO:** Alloggi n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. camere da letto fino a 14 mq. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. camere da letto oltre a 14 mq. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Abitanti equivalenti totali dell'insediamento n. \_\_\_\_\_

**SPORTIVA:**Capienza max n. \_\_\_\_\_ Presenze anno n. \_\_\_\_\_

**SCOLASTICA:** Tipo di scuola \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n°postì alunno \_\_\_\_\_ pari a n. A.E. \_\_\_\_\_

**ALTRO:** (specificare es. chiosco, deposito attrezzi agricoli ecc.) \_\_\_\_\_

### **NATURA DELLO SCARICO:** (barrare più voci se compresenti nello stesso edificio)

lo scarico proviene da: W.C. \_\_\_\_\_ sanitari e lavabi \_\_\_\_\_ cucina \_\_\_\_\_ lavatrice \_\_\_\_\_

### **RECAPITO E TRATTAMENTO:** (tracciare una riga sulla tabella che non interessa)

#### **IN ACQUE SUPERFICIALI**

- DENOMINAZIONE DEL CORPO IDRICO: \_\_\_\_\_

- TIPO DI IMPIANTO DI DEPURAZIONE (barrare il tipo di impianto di depurazione prescelto tra quelli sono indicati):

degrassatore + fossa Imhoff + biodisco

degrassatore + fossa Imhoff + filtro batterico aerobico

degrassatore + fossa Imhoff + filtro batterico anerobico

degrassatore + impianto ad ossidazione totale

degrassatore + fossa Imhoff + fitodepurazione a flusso orizzontale

degrassatore + fossa Imhoff + fitodepurazione a flusso verticale

degrassatore + fossa Imhoff + sub-irrigazione drenata (con scarico – presenza di argilla compatta)

#### **SUL SUOLO**

- - TIPO DI IMPIANTO DI DEPURAZIONE

degrassatore + fossa Imhoff + sub-irrigazione

**AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE**  
(barrare la casella interessata)

**rilascio** di autorizzazione allo scarico (art. 124 D.Lgs. 152/06);

**modifica** di autorizzazione per variazione quali/quantitativa dello scarico e/o del punto di recapito dello scarico (autorizzazione vigente n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ prot. \_\_\_\_\_)  
(art. 124 comma 12 D.Lgs. 152/06);

**rinnovo di autorizzazione allo scarico** relativa a edificio non adibito esclusivamente ad abitazione e/o di **consistenza superiore al bifamiliare;**

**voltura** di autorizzazione allo scarico (barrare solo se il cambio di titolarità avviene contemporaneamente alla richiesta di rinnovo o di modifica dell'Autorizzazione esistente);

**DICHIARA E SOTTOSCRIVE QUANTO SEGUE:**

- Che le caratteristiche dell'insediamento sono: (da compilare solo se l'edificio risulta adibito a civile abitazione):
  - consistenza monofamiliare
  - consistenza bifamiliare
  - consistenza plurifamiliare (specificare n. alloggi \_\_\_\_\_)
  - edificio ad uso discontinuo/periodico
- che lo scarico rispetta le prescrizioni tecniche ed i valori limite di emissione previsti dal Regolamento Comunale per il Servizio di Fognatura e Depurazione e dalle leggi vigenti in materia;
- di non immettere sostanze vietate dalla legge;
- \_\_\_ ai fini del **rinnovo** dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_:
- dichiara di  AVERE   NON AVERE  apportato modifiche quali-quantitative al sistema di smaltimento delle acque reflue e di  AVERE   NON AVERE  apportato modifiche sostanziali alla rete fognante (in caso di
- che il sistema di trattamento è stato realizzato in conformità all'autorizzazione sopra citata e alle prescrizioni in essa contenute;  
che sono state effettuate tutte le operazioni necessarie a mantenere in perfetta efficienza nel tempo l'impianto di cui trattasi;
- che non sussiste la possibilità tecnica di allacciarsi alla pubblica fognatura;
- di essere a conoscenza del fatto che, qualora l'insediamento, edificio o stabilimento la cui attività sia trasferita in altro luogo, ovvero per quelli soggetti a diversa destinazione d'uso, ad ampliamento o a ristrutturazione da cui derivi uno scarico avente caratteristiche qualitative e/o quantitative diverse da quelle dello scarico preesistente, deve essere richiesta una nuova autorizzazione allo scarico. Nell'ipotesi in cui lo scarico non abbia caratteristiche qualitative e/o quantitative diverse, deve essere data comunicazione all'autorità competente, la quale, verifica la compatibilità dello scarico con il corpo recettore, adotta i provvedimenti che si rendano eventualmente necessari;

- e \* che ai fine della **voltura** dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_,

l'intestatario risultava:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP e prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

\* da compilare SOLO in caso di cambio intestatario.

**Progettista di riferimento per la pratica:**

Titolo \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ CAP e prov. \_\_\_\_\_

estremi di appartenenza all'ordine professionale \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 i dati raccolti col presente modulo verranno utilizzati ai soli fini dell'istruttoria relativa alla pratica in questione.



4. **SCARICO PER SUB-IRRIGAZIONE:** (in riferimento alle norme tecniche di cui al punto 10 della tab. A della Delibera di Giunta Regionale n. 1053 del 09/06/2003 ed alla Delibera del Comitato Interministeriale 04.02.77 Allegato 5)

**Natura del terreno:** Sabbia sottile o materiale leggero di riporto  
 Sabbia grossa e pietrisco  
 Sabbia sottile con argilla  
 Argilla con un po' di sabbia  
 Argilla compatta

**Sviluppo della condotta disperdente** mt. \_\_\_\_\_

unica condotta  
 ramificata  
 su più linee parallele

**Sviluppo della condotta drenante** (se trattasi di sub-irrigazione drenante) m. \_\_\_\_\_

**Profondità della condotta m.-** \_\_\_\_\_

**Dimensioni del pozzetto con sifone di cacciata**

cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_ x cm. \_\_\_\_\_ di h \_\_\_\_\_

**Quota di profondità della falda** (verificando il livello dell'acqua nei pozzi freatici della zona) mt. \_\_\_\_\_

**Descrizione sulle modalità di esecuzione del sistema di sub-irrigazione** ( allegare relazione tecnica)

5. **DESTINAZIONE DEGLI SCARICHI :**

RICETTORE	DENOMINAZIONE/UBICAZIONE
<b>Corso d'acqua con portata nulla oltre 120 gg/anno</b> (corso d'acqua non significativo)	<b>Fosso poderale di proprietà</b> <b>Fosso interpoderale</b> <b>Fosso poderale non di proprietà</b> <b>Fosso stadale</b>
<b>Corso d'acqua significativo/Fiume /Rio/ Canale /Scolo</b> Specificare eventuale denominazione ed Ente Gestore	_____ Ente Gestore: _____
<b>Corpo idrico in area sensibile</b>	⇒
<b>Suolo (per sub-irrigazione)</b>	⇒
<b>Suolo</b>	⇒

6. **ALTRI DATI:** (descrivere eventuali altri aspetti non contemplati negli schemi precedenti utili alla caratterizzazione delle acque reflue scaricate) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma tecnico incaricato \_\_\_\_\_

Timbro

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di titolare dello scarico di acque reflue domestiche dell'insediamento situato nel Comune di Castel San Pietro Terme in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
consapevole di quanto contenuto nell'art. 76 T.U. 28/12/2000 n. 445 con particolare riferimento a dichiarazioni false ed informato art.13 D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 ( "codice in materia di protezione dei dati personali" ),

**DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':**

1. CHE GLI SCARICHI DELL'INSEDIAMENTO SOPRACITATO PROVENGONO UNICAMENTE DA SERVIZI IGIENICI E/O CUCINE E MENSE, INOLTRE NON SONO AD OGGI CAUSA DI INCONVENIENTI IGIENICO – SANITARI, DI IMPALUDAMENTI E NON PREGIUDICA IL DIRITTO DI TERZI,

**DICHIARO ALTRESI'**

3. DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE L'AUTORITA' COMPETENTE, PER ESIGENZE DI TUTELA DEL CORPO RECETTORE DELLO SCARICO E PER PREVENIRE POSSIBILI INCONVENIENTI IGIENICO – SANITARI, PUO' RICHIEDERE ADEGUAMENTI DELLE MODALITA DI SCARICO O DEL SISTEMA DI TRATTAMENTO DELLE ACQUE REFLUE DOMESTICHE ALLE DISPOSIZIONI NORMATIVE VIGENTI. (ai sensi della D.G.R. n. 1053/2003)

Letto, confermato e sottoscritto il \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

- Allega fotocopia (leggibile) del Documento di identità in corso di validità.
- 

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

**ARPA – SEZIONE PROVINCIALE DI BOLOGNA  
DISTRETTO TERRITORIALE – DISTRETTO DI IMOLA**

In ottemperanza a quanto previsto dal D.P.R. n°605 del 29/09/73 e successive modifiche, Vi preghiamo di compilare il seguente modulo al fine di permetterci un corretto addebito delle prestazioni richieste che sarà effettuato secondo quanto previsto dal tariffario approvato con DGR n. 2000 del 27/12/2011, pubblicato sul sito [www.arpa.emr.it](http://www.arpa.emr.it)  
Il pagamento dovrà essere effettuato **solo dopo il ricevimento di nostra nota di addebito/fattura.**

Si fa presente che in caso di omessa risposta o inesattezza nella compilazione, le sanzioni previste saranno a Vostro carico.

**Compilazione a carico del richiedente**

Barrare la casella interessata:

**DITTA**

AGIONE SOCIALE.....  
Indirizzo sede legale Via ..... n. ....  
Località e Comune ..... Prov. ....  
Cap ..... Tel. ....  
PEC..... e-mail .....

NUMERO PARTITA IVA

CODICE FISCALE

Azienda certificata EMAS ; ECOLABEL ; ISO14001 ; (se pertinente, barrare la casella interessata e produrre autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000)

**PERSONA FISICA**

Cognome..... Nome .....  
nato/a a ..... il .....  
Domicilio Fiscale: Via ..... n. ....  
Località e Comune ..... Prov. ....  
Cap ..... tel .....  
PEC ..... e-mail .....

CODICE FISCALE

**Indirizzo a cui inviare la nota/fattura:** Via.....n°.....  
CAP..... Località e Comune ..... Prov. ....tel. ....

DATA

**Firma del richiedente  
Per impegno al pagamento**

**Compilazione a carico dei Tecnici**

**OGGETTO DELLA PRESTAZIONE** (specificare dettagliatamente) .....

DATA DELLA PRESTAZIONE.....pratica Sinapoli n° .....

CODICE PRESTAZIONE ..... prot. del parere .....

IMPORTO .....+IVA 20%..... TOTALE.....

.....Firma del tecnico Arpa E.R.....