

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Direcția de Sănătate Publică

REFERAT

de evaluare pentru autorizarea sanitatără

Nr./..../20....

Subsemnatul(a), în calitate de,
însoțit/însoțită de din cadrul,
(se specifică autoritatea competentă) serviciul/ biroul/ compartimentul, am
efectuat la solicitarea, (denumirea
solicitantului) cu sediul în, înregistrată la
..... nr./..../200.., în prezența domnului/doamnei
....., în calitate de, evaluarea
obiectivului, cu sediul în localitatea, str.
..... nr., județul/sectorul, cu activitatea
(cod CAEN)

1. S-au evaluat condițiile de desfășurare a activității/activităților:
.....

2. Structura cimitirului este conformă prevederilor:

..... (precizarea prevederilor legale pentru fiecare
tip de activitate autorizată)

3. Dotările cu utilități sunt conforme prevederilor:

.....

4. Analiza de conformitate la condițiile igienico-sanitare privind:

a) asigurarea alimentării cu apă |_DA_|_NU_|

b) asigurarea grupurilor sanitare |_DA_|_NU_|

c) asigurarea evacuării deșeurilor |_DA_|_NU_|

d) asigurarea ventilației/temperaturii în sălile de ceremonii
..... |_DA_|_NU_|

e) personalul (dotări conform normelor privind sănătatea și securitatea în muncă)
..... |_DA_|_NU_|

Concluzii:

1. Sunt îndeplinite condițiile pentru eliberarea autorizației sanitare:

.....
2. Nu sunt îndeplinite condițiile pentru eliberarea autorizației sanitare, deoarece s-au constatat neconformități privind obiectivul supus autorizării (anexă).

Medic specialist/primerar