



MINISTERO DELL'INTERNO
COMANDO PROVINCIALE DEI VIGILI DEL FUOCO DI
MILANO
CERTIFICATO DI PREVENZIONE INCENDI

STO L'ART. N. 16 DEL D.LEG 8 MARZO 2006 N. 139, IL D.M. 16.02.1982, IL D.P.R. 12 GENNAIO 1998
E IL D.M. 04.05.1998

SI RILASCIATA:



COMUNE

PRATICA N. 330021

Il presente C.P.I. con validità dal 18/06/2010 al 18/06/2013 per l'attività individuata al nr. 86 dell'elenco allegato al D.M. 16.02.82 relativo a:

Ospedali, case di cura e simili con numero di posti letto > 100 (fino a 500) e comprendente le seguenti altre attività:

- 5B Depositi di gas comburenti liquefatti (serbatoi fissi superiori a 2 mc)
- 64 Gruppi elettrogeni di potenza complessiva superiore a 100 kW
- 91 Cucina con potenzialità superiore a 116 KW (fino a 350 KW)
- 91 Impianti di produzione calore con potenzialità superiore a 350 KW

Sita nel comune di LAINATE
VIA MARCHE

Impianti, apparecchiature che presentano pericolo d'incendio:

CENTRALE TERMICA AGAS METANO AVENTE POTENZIALITA' PARI A 900 KW
CUCINA ALIMENTATA A GAS METANO
RESIDENZA ASSISTENZIALE POSTI LETTO N° 134
GRUPPO ELETTROGENO 350 KW A GASOLIO
DEPOSITO OSSIGENO IN BOMBOLE N° 24

Sostanze pericolose:

VEDI VOCE IMPIANTI

Limitazioni, divieti e condizioni d'esercizio:

-- relativamente all'impianto:

- 91 IL PRESENTE CERTIFICATO E' VALIDO NEI LIMITI DI VALIDITA' DELL'APPROVAZIONE DEGLI APPARECCHI DI SICUREZZA PRESENTI NELL'IMPIANTO

Sistemi, dispositivi e attrezzature antincendi:

- NR. 34 IDRANTE/I CASSETTA DIAMETRO 45 MM.
- NR. 1 IMPIANTO RILEVAZIONE FUMI
- NR. 1 IMPIANTO RILEVAZIONE GAS
- NR. 54 ESTINTORI VARI
- NR. 1 ATTACCO PER AUTOPOMPA

Il Titolare e' tenuto ad osservare gli obblighi stabiliti dall'art.5 del D.P.R. 12 Gennaio 1998 N.37 durante l'esercizio delle attività riportate nel presente certificato nonché a richiedere il rinnovo dello stesso secondo la modalità riportata all'art.4 del D.P.R. 12 Gennaio 1998 N.37. Qualora, durante il periodo di validità del presente certificato, vengano apportate modifiche alla struttura, agli impianti o alle condizioni d'esercizio, tale da comportare un'alterazione delle preesistenti condizioni di sicurezza antincendio, il Titolare e' tenuto a richiedere il rilascio di un nuovo certificato, secondo le procedure di cui all'art.5 comma 2 del D.P.R. 12.01.98 N.37.

Il Funzionario Istruttore
ING. FRATANTONIO DAVIDE

IL COMANDANTE
DOTT. ING. SILVANO BARBERI

MILANO, li

23 LUG. 2010

Rif. Pratica VV.F. n.

330021

Spazio per protocollo

AL COMANDO PROVINCIALE DEI VIGILI DEL FUOCO DI

MILANO

Provincia

ATTESTAZIONE DI RINNOVO PERIODICO DI CONFORMITA' ANTINCENDIO

(art. 5 del D.P.R. 01/08/2011 n. 151)

Il sottoscritto		CAVALLI		RAUL	
		cognome		nome	
domiciliato in		Via A. Gramsci		54/s	42124 REGGIO EMILIA
		indirizzo		n. civico	c.a.p. comune
RE	0522 378610	C.F.	C V L R L A 7 1 L 1 5 I 4 9 6 Y		
provincia	telefono	C.F.		codice fiscale della persona fisica	
0522 323658	info@coopselios.com	coopselios-re-reception@postecert.it			
fax	Indirizzo di posta elettronica	Indirizzo di posta elettronica certificata			
nella sua qualità di Legale rappresentante					
qualifica rivestita (titolare, legale rappresentante, amministratore, etc.)					
della COOPSELIOS soc. coop.					
ragione sociale ditta, impresa, ente, società, associazione, etc.					
con sede in		Via A. Gramsci		54/s	42124
		indirizzo		n. civico	c.a.p.
REGGIO EMILIA		RE		0522 378610	
		comune		provincia	telefono
0522 323658	info@coopselios.com	coopselios-re-reception@postecert.it			
fax	Indirizzo di posta elettronica	Indirizzo di posta elettronica certificata			

responsabile dell'attività sotto specificata,
consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di
dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

➤ l'assenza di variazione delle condizioni di sicurezza antincendio rispetto a quanto in precedenza segnalato,

con la/e SCIA¹ presentate

il DIA in data 4 maggio 2010 CPI
in data 23 luglio 2010

Data presentazione

il

Data presentazione

il

Data presentazione

relative/o ricomprese all'attività principale di: RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

tipo di attività (albergo, scuola, centrale termica, etc.)

sita in Via Marche

72

20020

LAINATE

Comune

MI

provincia

02

n. civico

93572620

c.a.p. telefono

individuata³ al n./sotto classe/ cat. 68.5.C e comprendente anche le attività di cui ai

nn./sotto classe/cat : 5.1.B

49.1.A

74.1.A

74.2.B

➤ di avere assolto gli obblighi gestionali connessi con l'esercizio dell'attività previsti dalla normativa vigente, nonché di aver osservato i divieti, le limitazioni e le prescrizioni delle disposizioni di prevenzione incendi e di sicurezza antincendio disciplinanti l'attività medesima;

➤ di aver adempiuto l'obbligo di mantenere in stato di efficienza i sistemi, gli impianti, i dispositivi, le attrezzature, rilevanti ai fini della sicurezza antincendio, e le altre misure di sicurezza antincendio adottate e di aver effettuato le verifiche di controllo e gli interventi di manutenzione in accordo alla regolamentazione vigente, a quanto indicato nelle pertinenti norme tecniche e nelle istruzioni di uso e manutenzione del fabbricante e/o installatore.

☒ Allega "Asseverazione"³, a firma di professionista antincendio;

☐ Non allega "Asseverazione"³, a firma di professionista antincendio, in quanto non sono presenti impianti finalizzati alla protezione attiva antincendi né prodotti e sistemi per la protezione di parti o elementi portanti delle opere di costruzione finalizzati ad assicurare la prescritta caratteristica di resistenza al fuoco;

1- e/o autorizzazione antincendio per le attività di cui all'art. 11, commi 5 e 6, del DPR 01/08/2011 n. 151.

2- Riportare il numero e la categoria corrispondente (A/B/C) individuata sulla base dell'elenco contenuto nell'Allegato I del DPR 01/08/2011 n. 151 e la sottoclasse di cui al Decreto del Ministro dell'Interno del 7-8-2012.

3- Asseverazione di cui all'art. 5 del Decreto del Ministro dell'Interno del 7-8-2012.

Sigla del responsabile dell'attività

☐ Allega la seguente documentazione ai fini delle modifiche di cui all'art. 4, comma 8, del Decreto del Ministro dell'Interno del 7.8.2012:

(specificare numero e tipologia dei documenti allegati)

(specificare numero e tipologia dei documenti allegati)

(barrare con ☒ il riquadro di interesse)

N.B.: la compilazione della distinta di versamento è obbligatoria.

Attestato di versamento⁴ n. 54/082 06 del 05/06/2013 intestato alla
 Tesoreria Provinciale dello Stato di MILANOcpp 17237207 ai sensi del DLgs 139/2006
 per un totale di €500,00 così distinte:

attività n.	<u>68</u>	<u>5 . C</u>	<u>€200,00</u>
		Sottocl./ categoria ⁵	
attività n.	<u>5</u>	<u>1 . B</u>	<u>€100,00</u>
		Sottocl./ categoria	
attività n.	<u>49</u>	<u>1 . A</u>	<u>€50,00</u>
		Sottocl./ categoria	
attività n.	<u>74</u>	<u>1 . A</u>	<u>€50,00</u>
		Sottocl./ categoria	
attività n.	<u>74</u>	<u>2 . B</u>	<u>€100,00</u>
		Sottocl./ categoria	
attività n.			<u>€</u>
		Sottocl./ categoria	

Ulteriore indirizzo presso il quale si chiede di inviare la corrispondenza:

Arch. VAGNI		ROBERTO	
Cognome		Nome	
VIA G. GABER	2/b	46100	MANTOVA
			MN
indirizzo		n. civico	comune
0376 380564	0376 265126	progetti@archilabosrl.it	archilabosrl@legalmail.it
telefono	fax	indirizzo di posta elettronica	indirizzo di posta elettronica certificata

07/06/2013
 Data

COOP.VA SOCIALE
COOPSELLOS
 IL DIRETTORE GENERALE

Firma

N.B.: La firma deve essere apposta alla presenza del pubblico ufficiale addetto alla ricezione dell'attestazione di rinnovo periodico. In alternativa, l'attestazione di rinnovo periodico, debitamente sottoscritta dal richiedente, può essere presentata da altra persona o inoltrata a mezzo posta; in tali casi, all'attestazione di rinnovo periodico deve essere allegata fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente (DPR 445/2000).

Spazio riservato al Comando Provinciale VVF

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, io sottoscritto _____
 addetto incaricato con qualifica di _____, in data ____/____/____ a mezzo documento _____
 n. _____ rilasciato in data ____/____/____ da _____
 ho proceduto all'accertamento dell'identità personale del sig. _____
 che ha qui apposto la sua firma alla mia presenza.

Data ____/____/____

Firma _____

Spazio riservato al Comando Provinciale VVF

RICEVUTA

Ai sensi dell'art. 5 del DPR 151/2011, io sottoscritto _____
 addetto incaricato con qualifica di _____, rilascio ricevuta dell'avvenuto deposito dell'attestazione di rinnovo periodico.
 Il Comando Provinciale potrà effettuare i controlli di competenza volti ad accertare il rispetto delle prescrizioni previste dalla normativa di prevenzione degli incendi, nonché la sussistenza dei requisiti di sicurezza antincendio.
 Si rammenta che le verifiche e la manutenzione di impianti, dispositivi, attrezzature e di altre misure di sicurezza antincendio adottate nell'attività, debbono essere effettuati in conformità alle istruzioni di uso e manutenzione previste ed alle disposizioni vigenti applicabili

Data ____/____/____

Prot. _____

Firma _____

4- In caso di utilizzo dell'approccio ingegneristico alla sicurezza antincendio, di cui al Decreto del Ministero dell'Interno 9-5-2007, per la definizione dell'importo, si applica l'art. 6, comma 4, dello stesso decreto.

5- Al fine di definire il relativo importo, riportare il numero e la categoria corrispondente (A/B/C) individuata sulla base dell'elenco contenuto nell'Allegato I del DPR 01/08/2011 n. 151 e la sottoclasse di cui al Decreto del Ministro dell'Interno 7-8-2012.

Rif. Pratica VV.F. n.

330021

AL COMANDO PROVINCIALE DEI VIGILI DEL FUOCO DI

MILANO

provincia

ASSEVERAZIONE AI FINI DELLA ATTESTAZIONE DI RINNOVO
PERIODICO DI CONFORMITA' ANTINCENDIO

(art. 5 del Decreto del Ministro dell'Interno 7.8.2012)

Il sottoscritto professionista antincendio	Architetto	VAGNI	ROBERTO
	Titolo professionale	Cognome	Nome
iscritto al	Ordine	della Provincia di	Mantova
	ordine / collegio professionale	con numero	135
iscritto negli elenchi del Ministero dell'Interno di cui all'art. 16 comma 4 del DLgs 139/06	MN135A42		
	n° codice iscrizione M.I.		
con ufficio in	Via G. Gaber	2/b	
	via - piazza	n. civico	
46100	Mantova	MN	0376 380564
c.a.p.	comune	provincia	telefono

a seguito dell'incarico conferitogli dal responsabile dell'attività di seguito specificata:

Residenza Sanitaria Assistenziale			
tipo di attività (albergo, scuola, centrale termica, etc.)			
sita in	Via Marche	72	20020
	via - piazza	n. civico	c.a.p.
LAINATE	MI	02 93572620	
comune	provincia	telefono	
soggetta ai controlli dei Vigili del Fuoco ai sensi dell'allegato I del DPR 151/2011, in relazione alla quale è/sono stata/e presentata/e la/e SCIA ¹ :			
DIA in data 04 maggio 2010		a firma di Comune di Lainate – Dott. Alberto Landonio Sindaco	
CPI in data 23 luglio 2010			
Data presentazione	Inserire il nominativo del Responsabile dell'Attività		
	a firma di		
Data presentazione	Inserire il nominativo del Responsabile dell'Attività		

ha effettuato in data: 27 maggio 2013 un sopralluogo presso l'indirizzo della medesima, verificando la presenza di impianti finalizzati alla protezione attiva antincendio e/o dei prodotti e sistemi per la protezione di parti o elementi portanti delle opere di costruzione, finalizzati ad assicurare la caratteristica di resistenza al fuoco, di seguito specificati:

¹ e/o autorizzazione antincendio per le attività di cui all'art. 11, commi 5 e 6, del DPR 01/08/2011 n. 151.

Sigla del professionista



A-IMPIANTO/I FINALIZZATO/I ALLA PROTEZIONE ATTIVA ANTINCENDIO(2):

☒ ESTINZIONE O CONTROLLO INCENDI/ESPLOSIONI, DI TIPO AUTOMATICO E MANUALE, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA :

_ IMPIANTO IDRICO ANTINCENDIO COSTITUITO DA N. 34 IDRANTI UNI 45 E N.1 ATTACCO MOTOPOMPA ESTERNO (VEDI PUNTO 7 DM 18/09/2002) _;

☐ CONTROLLO DEL FUMO E DEL CALORE, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:

☒ RIVELAZIONE DI FUMO, CALORE, GAS, INCENDIO, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:

IMPIANTO RIVELAZIONE GAS IN CUCINA – IMPIANTO RIVELAZIONE FUMI E SEGNALEZIONE NEI LOCALI (VEDI PUNTO 8.2 DM 18/09/2002) _;

☒ SEGNALEZIONE E ALLARME INCENDIO, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:

_ IMPIANTO DI SEGNALEZIONE E ALLARME (VEDI PUNTO 8.3 DM 18/09/2002) _;

☐ ALTRO, SPECIFICARE:

⁽²⁾ con esclusione delle attrezzature mobili di estinzione.

(barrare con ☒ il riquadro di interesse)

B- PRODOTTI E SISTEMI PER LA PROTEZIONE PASSIVA DI CUI AL DM 16.2.2007, PUNTO A.3 DELL'ALLEGATO,
"Prodotti e sistemi per la protezione di parti o elementi portanti delle opere di costruzione"

☐ _____;

☐ _____;

☐ _____;

☐ _____;

(barrare con ☒ il riquadro di interesse)

Visti i risultati dei controlli e delle verifiche effettuate, il sottoscritto

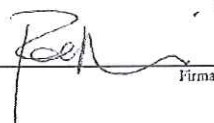
ASSEVERA

che per gli impianti finalizzati alla protezione attiva antincendio e/o prodotti e sistemi per la protezione passiva, sopra specificati, sono garantiti i requisiti di efficienza e funzionalità.

Le risultanze dei controlli e delle verifiche, nonché gli atti relativi alle modalità attraverso cui sono stati condotti i medesimi controlli/verifiche sono stati consegnati al responsabile dell'attività ed inseriti all'interno del fascicolo indicato nella segnalazione certificata di inizio attività.

01/06/2013
Data




Firma

Rif. Pratica VV.F. n.

330021

Spazio per protocollo

AL COMANDO PROVINCIALE DEI VIGILI DEL FUOCO DI**MILANO**

Provincia

DICHIARAZIONE PER VOLTURA

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto		CAVALLI		RAUL	
		cognome		nome	
domiciliato in		Via A. Gramsci		54/s	42124 REGGIO EMILIA
		indirizzo		n. civico	c.a.p. comune
RE	0522 378610	C.F.	C V L R L A 7 1 L 1 5 I 4 9 6 Y	codice fiscale della persona fisica	
provincia	telefono	info@coopselios.com		coopselios-re-reception@postecert.it	
0522 323658	fax	Indirizzo di posta elettronica		Indirizzo di posta elettronica certificata	
nella sua qualità di Legale rappresentante					
qualifica rivestita (titolare, legale rappresentante, amministratore, proprietario, pestore, etc.)					
della COOPSELIOS soc coop					
ragione sociale ditta, impresa, ente, società, associazione, etc.					
con sede in		Via A. Gramsci		54/s	42124
		indirizzo		n. civico	c.a.p.
REGGIO EMILIA		comune		RE	0522 378610
		provincia		telefono	
0522 323658	fax	info@coopselios.com		coopselios-re-reception@postecert.it	
		Indirizzo di posta elettronica		Indirizzo di posta elettronica certificata	

consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi nonché delle sanzioni penali previste dalla vigente normativa

DICHIARA

di essere subentrato, a seguito di:

avvio del contratto gestione integrata RSA per anziani e RSD per disabili affidato dal Comune di Lainate a Coopselios soc.coop. (atto in data 30/07/2008 rep. 4612)

indicare titolo e riferimenti del subentro

quale responsabile dell'attività

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

tipo di attività (albergo, scuola, centrale termica, etc.)

sita in VIA MARCHE

72

20020

Indirizzo

n. civico

c.a.p.

LAINATE

Comune

provincia

telefono

MI

02 93572620

identificata con numero di pratica VV.F.: 330021

individuata/e¹ ai n./sotto classe/ cat.:

68	5	C
5	1	B
49	1	A
74	1	A
74	2	B

Il sottoscritto, inoltre,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità civile e penale:

¹ Riportare il numero e la categoria corrispondente (A/B/C) individuata sulla base dell'elenco contenuto nell'Allegato I del DPR 01/08/2011 n.151 e la sottoclasse di cui al Decreto del Ministro dell'Interno del 7-8-2012.

- a) di essere a conoscenza e di impegnarsi ad osservare gli obblighi connessi con l'esercizio dell'attività indicati, all'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 1 agosto 2011, n. 151 e, per le attività rientranti nel campo di applicazione del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, limitatamente agli aspetti antincendi, l'impegno a osservare gli obblighi ivi previsti;
- b) che le condizioni relative alla sicurezza antincendio dell'attività, non hanno subito variazioni rispetto a quanto in precedenza segnalato al Comando e che la documentazione tecnica relativa alla stessa è raccolta in apposito fascicolo custodito presso l'attività o l'indirizzo di seguito indicato, e sarà reso prontamente disponibile in occasione dei controlli delle autorità competenti.

CAVALLI RAUL				
Via A. Gramsci	54/s	Nominativo 42124	REGGIO EMILIA	RE
indirizzo	n. civico	c.a.p.	comune	Provincia
07/06/2013 Data		COOP.VA SOCIALE COOPSELIOS s.p.a. IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Raul Cavalli) Firma		

N.B.: La firma deve essere apposta alla presenza del pubblico ufficiale addetto alla ricezione della voltura. In alternativa, il presente atto, debitamente sottoscritto dal richiedente, può essere presentata da altra persona o inoltrata a mezzo posta; in tali casi, deve essere allegata fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente (DPR 445/2000).

Spazio riservato al Comando Provinciale VVF

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, io sottoscritto _____
addetto incaricato con qualifica di _____, in data ____/____/____ a mezzo documento _____
n. _____ rilasciato in data ____/____/____ da _____
ho proceduto all'accertamento dell'identità personale del sig. _____
che ha qui apposto la sua firma alla mia presenza.

Data ____/____/____ Firma _____

Mod 04004C - 2P2200-2P2205 - St [N] - Rate/Fate 4N - Cl 50.1b11

Data di spedizione 7/2/2013
 Dell'ufficio postale di 1017
 In Caricamento operativo fino a: 10/2/2013

**Bollo dell'ufficio
di distribuzione**

05236794290-2

ATTENZIONE: verificare la corretta leggibilità dei dati riportati sulle copie sottostanti.

2 - COPIA PER IL MITTENTE

2 - COPIA PER IL MITTENTE