

ANMÄLAN ENLIGT HÄLSOSKYDDSLAGEN

Anmälan gäller	<input type="checkbox"/> Inledande av verksamhet	<input type="checkbox"/> Ändring av verksamhet	<input type="checkbox"/> Anmälan om ny innehavare
	<input type="checkbox"/> Avslutande av verksamhet	<input type="checkbox"/> Annat: _____	

Rörelsen	Rörelsens namn:	Kontaktperson:
	Rörelsens tidigare namn (om ändrats):	
	Rörelsens adress:	Telefon / E-post:
	Postnummer:	Postadress:

Sökande/ fakturerings- adress	Sökandens namn:	FO-nummer:
	Adress:	Ägarförhållande: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Offentligt
	Postnummer:	Postadress:
	Telefonnr och/eller GSM:	E-post:

Rörelsens art	Inkvartering
	<input type="checkbox"/> Hotell <input type="checkbox"/> Stuguthyrning <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> Bed & Breakfast <input type="checkbox"/> Vandrarhem
	Samlingslokal
	<input type="checkbox"/> Allmän samlingslokal <input type="checkbox"/> Samlingslokal för barn <input type="checkbox"/> Gym
	<input type="checkbox"/> Annan samlings- eller motionslokal: _____
	Skola, daghem, effektiverat serviceboende m. m.
<input type="checkbox"/> Skola <input type="checkbox"/> Daghem <input type="checkbox"/> Eftermiddagsvård <input type="checkbox"/> Dagverksamhet	
<input type="checkbox"/> Effektiverat serviceboende <input type="checkbox"/> Annat: _____	
Behandlingslokal	
<i>Högrisk (punktering av hud)</i>	
<input type="checkbox"/> Tatuerare <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Annat: _____	
<i>Lågrisk</i>	
<input type="checkbox"/> Skönhetssalong <input type="checkbox"/> Fotvård <input type="checkbox"/> Solarium <input type="checkbox"/> Annat: _____	

Antal platser	Max antal tillåtna personer: _____ Antal bäddplatser: _____ Åldersfördelning (daghem): _____
Öppet	<input type="checkbox"/> Hela året Säsongsöppet: _____
Lokalens yta	Byggnaden yta: _____ m ² Hela området/fastighetens yta: _____ m ²
Ventilation	<input type="checkbox"/> Självdrag <input type="checkbox"/> Maskinell frånluft <input type="checkbox"/> Maskinell från- och tilluft <input type="checkbox"/> Serviceplan finns Vem/vilket företag utför servicen: _____
Rökning	<input type="checkbox"/> Rökning är förbjuden <input type="checkbox"/> Separat rökutrymme <input type="checkbox"/> Tillåten i en del av utrymmet
WC och tvätt-utrymmen	Antal toalettstolar: _____ st Urinoarer: _____ st Handtvättfat: _____ st Gemensam bastu: _____ st Gemensam dusch: _____ st Tvättmaskin: _____ st <input type="checkbox"/> Tvätteritjänster används
Städ-utrymmen	Städskåp/rum: _____ st <input type="checkbox"/> Utslagsvask <input type="checkbox"/> Kallt- och varmt vatten <input type="checkbox"/> Ventilation <input type="checkbox"/> Torkslinga <input type="checkbox"/> Upphängningsanordning för städredskap
Vatten-försörjning	<input type="checkbox"/> Vattenbolag <input type="checkbox"/> Egen brunn <input type="checkbox"/> Annan:
Avlopp	<input type="checkbox"/> Kommunalt <input type="checkbox"/> Eget, typ: _____
Avfalls-hantering	<input type="checkbox"/> Ansluten till organiserad avfallshantering, vilken: _____
Försäljning av livsmedel, alkohol och tobak	<input type="checkbox"/> Restaurang <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Kiosk <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Tobak Obs! Om du kryssat i någon av rutorna ovan måste du, utöver denna anmälan, även fylla i separata blanketter för livsmedel, alkohol och/eller tobak.
Konsument-säkerhet	Verksamheter som ska ha säkerhetsdokument och vad som ska ingå där hittar du här: http://www.amhm.ax/sakerhetsdokument <input type="checkbox"/> Säkerhetsdokument finns
Behandlings-lokal	<input type="checkbox"/> Skild plats för redskapstvätt Förvaring av arbetsredskapen: _____ <input type="checkbox"/> Desinficering/sterilisering Apparat: _____
Skola/daghem	Lekgård: _____ m ² <input type="checkbox"/> I anslutning till lokalen Någon annanstans: _____

Övrig information	Övriga uppgifter om t.ex. städning o.dyl:
--------------------------	---

Öppnande	Verksamheten beräknas öppna den / 20
-----------------	--

Anmälan ska vara Ålands miljö- och hälsoskyddsmyndighet tillhanda senast **fyra (4) veckor innan** verksamheten påbörjas.

Handlingar som bifogas med anmälan (i A4-format):

- Planritning (1:100)
- Detaljritning (1:50)
- Byggnads- och materialbeskrivning
- Ventilationsritning

För registrering uppbärs en avgift enligt avgiftstabell 2 i ÅMHM:s taxa, fastslagen av Ålands landskapsregering. Taxan hittar du på ÅMHM:s hemsida www.amhm.ax under rubriken *Avgifter*. Uppgifter fås också från ÅMHM:s kansli, telefon (0)18-528 600 (växel).

Jag samtycker till att beslut och övriga handlingar förmedlas genom ordinarie post till den tidigare uppgivna adressen.		
Tid och plats:	Underskrift:	Namnförtydligande:

IFYLLES AV MYNDIGHETEN

Anmälan är korrekt ifylld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ytterligare uppgifter har begärts in den / 20	Uppgifterna har erhållits den / 20
En preliminär riskbedömning har gjorts den / 20 i enlighet med ÅMHM:s tillsynsplan		
Ett intyg över att anmälan behandlats har sänts till företagaren den / 20		
Uppgifter om lokalen eller betydande ändringar i verksamheten har sparats i databasen över tillsynsobjekt den / 20		