

Spazio per la validazione da parte del SUAP	ALLEGATO B-21 Strutture Sociali
---	--

1. Dati generali dell'intervento

1.1 – Indirizzo dell'esercizio

1.2 – Titolare dell'esercizio

1.3 – Descrizione intervento

2. Specifiche relative all'attività

Il sottoscritto (nome e cognome)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa unica

DICHIARA

Quanto contenuto nei seguenti quadri:

N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione

2.1 – Tipologia di struttura

☐ Comunità di tipo familiare e gruppi di convivenza	☐ Casa famiglia e gruppi di convivenza ☐ Comunità di pronta accoglienza
☐ Struttura residenziale a carattere comunitario	☐ Comunità di sostegno a gestanti e/o madri con bambino ☐ Residenze comunitarie diffuse per anziani ☐ Comunità residenziali per persone con disabilità e per il "dopo di noi" ☐ Comunità di accoglienza per minori ☐ Comunità alloggio per anziani ☐ Comunità per l'accoglienza di adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale
☐ Struttura residenziale integrata	☐ Comunità integrate per anziani ☐ Comunità integrate per persone con disabilità e per il "dopo di noi" ☐ Comunità integrate per persone con disturbo mentale ☐ Comunità socio-educative integrate per minori
☐ Struttura a ciclo diurno	☐ Centro di aggregazione sociale ☐ Centro socio-educativo diurno ☐ Centro per la famiglia

☐ Struttura per la prima infanzia	☐ Nido d'infanzia		
	☐ Micronido		
	☐ Micronido e Nido aziendale		
	☐ Spazio bambini		
	☐ Sezioni primavera sperimentali		
	☐ Ludoteca e centro bambini e genitori		
☐ Altro (indicare)			
2.2 – Specifiche della struttura			
Specificare se trattasi di:	☐ Struttura già operante	☐ Struttura in via di attivazione	
Denominazione del servizio educativo (indicare di seguito la tipologia seguita dalla denominazione - es: Micronido Qui Quo Qua)			
2.3 – Tipologia delle prestazioni e servizi erogati			
2.3.1 – Riportare di seguito una descrizione dell'attività			
2.3.2 – Capacità ricettiva della struttura			
☐ Struttura Non Residenziale	☐ Struttura Semiresidenziale	☐ Struttura Residenziale	☐ Struttura per Prima Infanzia
Numero di camere	Numero dei posti letto complessivi	Numero massimo di bambini	
2.3.3 – Servizio mensa			
☐ All'interno della struttura è prevista l'erogazione del servizio di mensa?			
☐ SI	→ Allegare il modello E1 (per strutture già approntate) ovvero A4 (per strutture da realizzare)		
☐ NO	Note:		
2.3.4 – Servizi sanitari			
All'interno della struttura è prevista l'erogazione di servizi sanitari?			
☐ SI	☐ Struttura soggetta a titolo abilitativo di competenza regionale	☐ Il titolo abilitativo è già stato acquisito	
		Riportare estremi:	
	☐ Il titolo abilitativo deve essere acquisito		
☐ Struttura non soggetta a titolo abilitativo regionale			
☐ NO	Note:		
2.3.5 – Riportare di seguito una descrizione dei servizi sanitari erogati			

2.4 – Coordinatore responsabile della struttura		
Cognome		Nome
Data di nascita		Luogo di nascita
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Firma per accettazione dell'incarico del coordinatore:		
2.5 – Figure professionali impiegate		
1) Cognome		Nome
Data di nascita		Luogo di nascita
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Ruolo all'interno della struttura		
2) Cognome		Nome
Data di nascita		Luogo di nascita
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Ruolo all'interno della struttura		
3) Cognome		Nome
Data di nascita		Luogo di nascita
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Ruolo all'interno della struttura		
4) Cognome		Nome
Data di nascita		Luogo di nascita
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Ruolo all'interno della struttura		

5) Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio			
Conseguito presso			
In data		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°	
Ruolo all'interno della struttura			
6) Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio			
Conseguito presso			
In data		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°	
Ruolo all'interno della struttura			
7) Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio			
Conseguito presso			
In data		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°	
Ruolo all'interno della struttura			
8) Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio			
Conseguito presso			
In data		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°	
Ruolo all'interno della struttura			
2.6 – Dichiarazioni generali			
☐ Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente			
(solo per le strutture per la prima infanzia) ☐ Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente in materia			
(solo per le strutture per la prima infanzia) ☐ Il sottoscritto dichiara di aver sottoscritto una polizza assicurativa a copertura dei rischi da infortuni o da danni subiti o provocati dai bambini accolti, dal personale o genitori			

2.7 – Allegati

SI	NO	Documento
☐	☐	Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.) [Modelli C1-6]
☐	☐	Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia [Modello D3]
☐	☐	Dichiarazione di conformità attestante la piena rispondenza della struttura alle vigenti norme e prescrizioni in materia igienico sanitaria, con particolare riferimento ai requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici richiesti dalle norme e direttive vigenti per la specifica tipologia di struttura [Modello A-4]
☐	☐	Planimetria QUOTATA e arredata, sottoscritta in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100 o 1:200 dell'esercizio, con evidenziate le superfici distinte per ambienti operativi di lavoro, sala d'attesa, servizi igienici e eventuali ambienti destinati ad uffici, archivi o magazzini, comprese le pertinenze
☐	☐	Relazione tecnica nella quale si riportano dettagliatamente le indicazioni circa il rispetto dei parametri indicati nelle normative vigenti, relativamente ai requisiti minimi generali per le strutture sociali e ai requisiti specifici per le singole tipologie di strutture
☐	☐	Relazione sintetica di presentazione della struttura riguardante l'organizzazione, la tipologia e i volumi delle prestazioni, l'organigramma e la dotazione organica comprensiva dei titoli di studio e di specializzazione posseduti del personale, compresi i relativi certificati dell'eventuale iscrizione all'albo, ruolo o ordine professionale di competenza.
☐	☐	Documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e s.m.i.).
☐	☐	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
☐	☐	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno
☐	☐	☐ Copia dell'atto costitutivo e dello statuto ☐ Tabella dietetica approvata dal Servizio Igiene degli alimenti della ASL (per strutture con servizio mensa) ☐ Regolamento interno ☐ Indicazione dei mezzi economici destinati allo svolgimento dell'attività istituzionale e la loro provenienza ☐ Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D. Lgs 81/08 in materia di prevenzione e protezione sui luoghi di lavoro

3. Data e firma

Luogo e data	
	Firma dell'interessato