

 <p>COMUNE DI MONREALE Provincia di Palermo</p> <p>Area Pianificazione Gestione e Assetto del Territorio</p> <p>S.U.A.P. Sportello Unico delle Attività Produttive</p>	<p><u>ALLEGATO B-21</u></p> <p>Strutture Sociali</p>
---	---

<p>1. Dati generali dell'intervento</p>
<p>1.1 – Ubicazione intervento <i>(Indicare il Comune e l'indirizzo inseriti nel modulo di domanda unica – sezione Dati dell'intervento)</i></p>
<p>1.2 – Riportare descrizione sintetica dell'intervento <i>(Riportare la Descrizione inserita nel modulo di domanda unica – sezione Dati dell'intervento)</i></p>

<p>2. Specifiche relative all'attività</p>	
<p>I sottoscritto <i>(nome e cognome)</i></p>	
<p>I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella Domanda Unica</p>	
<p>DICHIARA</p>	
<p>Quanto contenuto nei seguenti quadri:</p>	
<p><i>N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione</i></p>	
<p>2.1 – Tipologia di struttura</p>	
<p><input type="checkbox"/> Comunità di tipo familiare e gruppi di convivenza</p>	<p><input type="checkbox"/> Casa famiglia e gruppi di convivenza</p>
<p><input type="checkbox"/> Struttura residenziale a carattere comunitario</p>	<p><input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza</p>
<p><input type="checkbox"/> Struttura residenziale a carattere comunitario</p>	<p><input type="checkbox"/> Comunità di sostegno a gestanti e/o madri con bambino</p>
<p><input type="checkbox"/> Struttura residenziale a carattere comunitario</p>	<p><input type="checkbox"/> Residenze comunitarie diffuse per anziani</p>
<p><input type="checkbox"/> Struttura residenziale a carattere comunitario</p>	<p><input type="checkbox"/> Comunità residenziali per persone con disabilità e per il "dopo di noi"</p>
<p><input type="checkbox"/> Struttura residenziale a carattere comunitario</p>	<p><input type="checkbox"/> Comunità di accoglienza per minori</p>
<p><input type="checkbox"/> Struttura residenziale a carattere comunitario</p>	<p><input type="checkbox"/> Comunità alloggio per anziani</p>

	<input type="checkbox"/> Comunità per l'accoglienza di adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale		
<input type="checkbox"/> Struttura residenziale integrata	<input type="checkbox"/> Comunità integrate per anziani		
	<input type="checkbox"/> Comunità integrate per persone con disabilità e per il "dopo di noi"		
	<input type="checkbox"/> Comunità integrate per persone con disturbo mentale		
	<input type="checkbox"/> Comunità socio-educative integrate per minori		
<input type="checkbox"/> Struttura a ciclo diurno	<input type="checkbox"/> Centro di aggregazione sociale		
	<input type="checkbox"/> Centro socio-educativo diurno		
	<input type="checkbox"/> Centro per la famiglia		
<input type="checkbox"/> Struttura per la prima infanzia	<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia		
	<input type="checkbox"/> Micronido		
	<input type="checkbox"/> Micronido e Nido aziendale		
	<input type="checkbox"/> Spazio bambini		
	<input type="checkbox"/> Sezioni primavera sperimentali		
	<input type="checkbox"/> Ludoteca e centro bambini e genitori		
<input type="checkbox"/> Altro <i>(indicare)</i>			
2.2 – Specifiche della struttura			
Specificare se trattasi di:	<input type="checkbox"/> Struttura già operante		<input type="checkbox"/> Struttura in via di attivazione
Denominazione del servizio educativo <i>(indicare di seguito la tipologia seguita dalla denominazione - es: Micronido Qui Quo Qua)</i>			
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			
<input type="checkbox"/> Struttura Non Residenziale	<input type="checkbox"/> Struttura Semiresidenziale	<input type="checkbox"/> Struttura Residenziale	<input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> SI	Allegare il modello E1 (per strutture già approntate) ovvero A4 (per strutture da realizzare)		

<input type="checkbox"/> NO	Note:	
2.3.4 – Servizi sanitari		
All'interno della struttura è prevista l'erogazione di servizi sanitari?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Struttura soggetta a titolo abilitativo di competenza regionale	<input type="checkbox"/> Il titolo abilitativo è già stato acquisito
		Riportare estremi: <input type="checkbox"/> Il titolo abilitativo deve essere acquisito
	<input type="checkbox"/> Struttura non soggetta a titolo abilitativo regionale	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente	
(solo per le strutture per la prima infanzia)	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> L'attività, ai sensi dell'art. 4, comma 1 del D.P.R. n° 227 del 19/10/2011	<input type="checkbox"/> è esente dall'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico.
	Note:
	<input type="checkbox"/> è soggetta all'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico:
<input type="checkbox"/> L'attività genera emissioni di rumore non superiori ai limiti stabiliti dal documento di classificazione acustica del territorio comunale di riferimento ovvero, ove questo non sia stato adottato, ai limiti individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 novembre 1997 (<i>Allegare modello E13</i>)	<input type="checkbox"/> L'attività genera emissioni di rumore superiori ai limiti stabiliti dal documento di classificazione acustica del territorio comunale di riferimento ovvero, ove questo non sia stato adottato, ai limiti individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 novembre 1997 (<i>Allegare modello A10</i>)
La struttura <input type="checkbox"/> è soggetta <input type="checkbox"/> non è soggetta al Controllo Prevenzione Incendi, ai sensi del DPR 151/2011 (<i>In caso positivo allegare il modulo A6</i>)	

Note:		
<input type="checkbox"/> L'attività prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche di qualsiasi natura e tipologia?		
<input type="checkbox"/> Allega dichiarazione di conformità alle norme in materia di scarichi (modello A11)	<input type="checkbox"/> Allega segnalazione attivazione scarico acque reflue assimilate alle acque reflue domestiche (modello E11)	
<input type="checkbox"/> L'attività non prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche.		
Note:		
2.7 – Allegati		
SI	NO	Documento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheda relativa alla tipologia di intervento proposto (apertura/subingresso/trasferimento/ecc.) [Modelli C1-6]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia [Modello D3]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e s.m.i.).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>(solo per le strutture per la prima infanzia)</p> <input type="checkbox"/> Copia dell'atto costitutivo e dello statuto <input type="checkbox"/> Tabella dietetica approvata dal Servizio Igiene degli alimenti della ASP (per strutture con servizio mensa) <input type="checkbox"/> Regolamento interno <input type="checkbox"/> Indicazione dei mezzi economici destinati allo svolgimento dell'attività istituzionale e la loro provenienza <input type="checkbox"/> 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

Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR. 28 dicembre, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Firma dell'interessato