



AMBITO N32 – REGIONE CAMPANIA

Comune Capofila: Sant'Antonio Abate

Comuni di: Agerola – Casola di Napoli – Gragnano – Lettere – Pimonte – Pompei – Santa Maria La Carità

UFFICIO DI PIANO

TEL . 0813623712 - 0813911217 - FAX 0818797793

e-mail: ambiton32@pec.it

**All' Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale N 32**

1

**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL' ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e successive modifiche e integrazioni)**

OGGETTO: SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' (SCIA) per l'esercizio dei servizi domiciliari e territoriali, ai sensi del Regolamento n. 4 del 7 aprile 2014 – Regolamento di attuazione della Legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ (_____) _____
il _____
residente in _____
via _____ **n.** _____,
recapito telefonico _____
Codice fiscale _____
e-mail _____
in qualità di Legale Rappresentante del Prestatore (soggetto che fornisce il servizio)
denominato _____
forma giuridica _____
con sede legale nel comune di _____
via _____ **n.** _____, **C.A.P.** _____
C.F. _____ **P.IVA** _____
Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

tel. _____ **fax** _____

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

- di essere in possesso, ai sensi del Regolamento 7 aprile 2014, n. 4 – Regolamento di attuazione della Legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11, dei requisiti specifici indicati nel catalogo dei servizi approvato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 107 del 23/04/2014 e dei requisiti comuni;

- che svolge o inizierà a svolgere l'attività di seguito indicata, dalla data di presentazione della presente segnalazione, come previsto all'art. 19, Legge 7 agosto 1990, n. 241 (articolo sostituito dall'art. 49, comma 4-bis, legge n. 122 del 2010).

SEZIONE B - SERVIZI TERRITORIALI E DOMICILIARI

Area di intervento – Persone con disabilità

- Servizio di assistenza scolastica
 Progetti terapeutico riabilitativi sostenuti da budget di salute

Area di intervento – Persona anziane e persone con disabilità

- Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

- Assistenza domiciliare socio – assistenziale
- Telesoccorso

Area di intervento – Donne in difficoltà

- Centri per le famiglie
- Servizio di mediazione familiare
- Laboratori di educativa territoriale
- Centri anti violenza

Area di intervento – Immigrati

- Servizio di mediazione culturale

Area di intervento – Multiutenza

- Segretariato sociale
- Telefonia sociale
- Trasporto sociale
- Unità mobile di strada
- Servizio di pronto intervento sociale

Indica:

- a) **Denominazione del prestatore** _____
 - b) **Nominativo del Legale rappresentante** _____
 - c) **Sede legale del prestatore** _____
 - d) **Denominazione del servizio** _____
 - e) **Tipologia del servizio** _____
 - f) **Destinatari delle attività del servizio** _____
 - g) **L'ubicazione del servizio (Comune – indirizzo - telefono)** _____
-
-

La presente istanza è corredata dalla seguente documentazione:

1. Autocertificazione relativa al possesso dei requisiti specifici indicati nel catalogo e dei seguenti requisiti comuni:

- a) il legale rappresentante e i componenti degli organi direttivi del prestatore non sono stati condannati in via definitiva per delitti non colposi di cui al libro II, titoli II, IX, XI, XII e XIII del codice penale, per i quali non è intervenuta la riabilitazione e non sussistono nei loro confronti cause di divieto, decadenza, sospensione ai sensi del decreto legislativo n.159 del 2011;
- b) rispetto delle norme generali in materia di urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, sicurezza del lavoro, igiene e prevenzione incendi;
- c) rispetto dei contratti di lavoro, degli inquadramenti professionali e delle norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente.

2. Dichiarazione relativa agli obblighi connessi alla gestione, nella quale il prestatore:

- a) assicura che gli operatori che entrano in contatto con gli utenti non abbiano riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli IX, XI e XII del codice penale, per i quali non è intervenuta la riabilitazione;
- b) assicura che le attività previste rispettano i ritmi di vita degli ospiti e che è garantita la partecipazione degli stessi all'organizzazione della vita quotidiana, anche attraverso la redazione partecipata dei regolamenti interni di funzionamento dei servizi;
- c) definisce progetti personalizzati di assistenza e, per i minori, progetti educativi individualizzati che indicano gli obiettivi da raggiungere, i contenuti e le modalità dell'intervento ed il piano per le verifiche. Nei progetti è prevista l'integrazione con altri servizi, interventi, prestazioni, di cui l'utente può utilmente fruire da parte di altri soggetti della rete territoriale. I progetti sono elaborati in raccordo con i servizi sociali competenti;
- d) predisporre, nel caso di servizi residenziali e semiresidenziali per minori, la relazione semestrale di verifica del progetto educativo individualizzato, la relazione finale in sede di dimissione e ogni altra relazione richiesta dall'ambito territoriale competente;
- e) tiene, nel rispetto delle misure di riservatezza previste dalla vigente legislazione, il registro degli utenti e le cartelle personali contenenti la documentazione relativa a ciascun utente.

3. elaborati tecnici necessari per consentire le verifiche dell'Amministrazione Competente (a cura di un tecnico abilitato che descriva nel dettaglio quanto previsto al comma 1 b) dell'art. 7 del Regolamento);

4. **copia dell'atto costitutivo e dello statuto del prestatore;**
5. **copia del titolo di godimento dell'immobile dove si realizza il servizio;**
6. **elenco del personale e delle relative qualifiche e funzioni;**
7. **copia carta dei servizi conforme allo schema di cui alla Delibera Regionale della Campania n. 1835 del 20 novembre 2008;**
8. **copia della polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli utenti, i dipendenti e i volontari;**
9. **copia del documento di identità in corso di validità controfirmato dal richiedente.**

Il prestatore si impegna in caso di:

- variazione temporanea di uno o più elementi del servizio, a darne comunicazione all'Amministrazione Competente entro dieci giorni dall'intervenuta variazione, specificando la causa della variazione ed i tempi della sua permanenza.
- sospensione o di cessazione delle attività del servizio a darne comunicazione all'Amministrazione Competente entro dieci giorni dal verificarsi dell'evento.

3

Luogo e data _____

Timbro e firma del legale rappresentante

Trattamento dei dati

Il richiedente autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) da utilizzarsi solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'attività dell'Ufficio di Piano, fatta salva la normativa del diritto all'accesso degli atti amministrativi di cui alla Legge n. 241\1990 e ss.mm.ii.

Luogo e data _____

Timbro e firma del legale rappresentante
