

| | |
|---|--|
| <p>ALLEGATO B-21</p> <p>Strutture Sociali (L.R. n° 23/2005)</p> <p>Si usa per: Tutte le strutture sociali di cui alla L.R. n° 23/2005: Comunità familiari e gruppi di convivenza, strutture residenziali e a ciclo diurno, strutture per la prima infanzia (Nido d'infanzia, Micronido, Nido aziendale, Spazio bambini, Sezioni primavera sperimentali, Ludoteca e centro bambini e genitori)</p> | <p>Al presente modello devono essere associati i seguenti ulteriori moduli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C1, C2, C3, C4 o C5 a seconda dell'iniziativa da realizzare - D3 e A4 sempre - E1 per attività in cui vengono somministrati pasti - E16 o A11 a seconda della natura dello scarico e della destinazione delle acque reflue - E25 in caso di richiesta contestuale del parere di compatibilità - Per esercizio congiunto di prestazioni sanitarie unire il modello B6, con i relativi ulteriori allegati <p><i>N.B: Per particolari caratteristiche dell'iniziativa da realizzare, dell'attività da esercitare o in conseguenza di particolari vincoli gravanti sulla zona, verificare presso il SUAPE la necessità di ulteriori modelli</i></p> <p>[Riservato all'ufficio SUAPE] Il presente modello comporta l'attivazione dei seguenti endoprocedimenti:</p> <p>Per le strutture per la prima infanzia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture e servizi educativi per la prima infanzia - Esercizio dell'attività - Fascicolo informatico CCIAA <p>Per tutte le altre strutture</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture sociali: esercizio dell'attività - Fascicolo informatico CCIAA <p>Ed inoltre, per le sole strutture residenziali a carattere comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture sociali: iscrizione al PLUS <p>Ed inoltre, per le sole strutture residenziali integrate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strutture residenziali integrate: notifica RAS DG Sanità - Strutture residenziali integrate: notifica RAS DG Politiche Sociali |
| <p>Tipologia di procedimento applicabile: Strutture residenziali integrate e strutture residenziali a carattere comunitario Avvio dell'attività, Adattamento di strutture esistenti, Trasformazione, Ampliamento, Trasferimento, Variazioni sostanziali dell'attività: Conferenza di servizi Avvio dell'attività attività con parere di compatibilità già acquisito ai sensi della Det. n. 15263 rep. 359 del 04/11/2016 dei DD.GG. della Sanità e delle Politiche Sociali: Autocertificazione a 0 giorni Subingresso, Variazioni non sostanziali dell'attività: Autocertificazione a 0 giorni Altre strutture Autocertificazione a 0 giorni</p> | |

1. Dati generali dell'intervento

Le dichiarazioni contenute in questo modello sono connesse a quelle riportate su tutti i documenti trasmessi al SUAPE relativamente alla pratica, indicati nel modello di riepilogo

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

N.B: Per la realizzazione di nuove strutture è necessario acquisire il parere relativo all'iscrizione al PLUS

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

N.B: Per la realizzazione di nuove strutture e per la modifica di quelle esistenti è necessario acquisire il parere di compatibilità

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

| | | |
|--|--|---|
| <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 | |
| | <input type="checkbox"/> Ludoteca e centro bambini e genitori | |
| | <input type="checkbox"/> Servizi in contesto domiciliare | <input type="checkbox"/> Mamma accogliente |
| | <input type="checkbox"/> Educatore familiare | |
| <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 QuiQuoQua</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 | | |
| <input type="checkbox"/> All'interno della struttura è prevista l'erogazione del servizio di mensa? | | |
| <input checked="" type="radio"/> SI | → Allegare il modello E1 (per strutture già approntate) | |
| <input type="radio"/> NO | Note: | |
| 2.3.4 – Servizi sanitari | | |
| All'interno della struttura è prevista l'erogazione di servizi sanitari? | | |
| <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="checkbox"/> Struttura residenziale integrata soggetta al parere di compatibilità regionale ai sensi dell'art. 34, comma 2 del D.P.Reg. n. 4/2008 | <input type="checkbox"/> Il parere di compatibilità relativo allo specifico intervento indicato nella presente pratica (<i>apertura, trasferimento, ampliamento, trasformazione, ecq</i>) è stato acquisito prima della trasmissione della DUA |
| | | Estremi del parere: |
| | | <input type="checkbox"/> Il parere di compatibilità relativo allo specifico intervento indicato nella presente pratica (<i>apertura, trasferimento, ampliamento, trasformazione, ecq</i>) è da considerarsi acquisito ai sensi della Det. n. 15263 rep. 359 del 04/11/2016 dei DD.GG. della Sanità e delle Politiche Sociali, in quanto richiesto prima dell'approvazione della DGR n. 44/28 del 25/07/2016 |
| | | Estremi richiesta: |
| | <input type="checkbox"/> Il parere di compatibilità è richiesto contestualmente | |
| | <input type="checkbox"/> La presente pratica è riferita ad una variazione non rilevante in una struttura già esistente e già autorizzata, che non necessita del rilascio di un nuovo parere di compatibilità | |
| | <input type="checkbox"/> Struttura non soggetta al parere di compatibilità regionale | |
| <input type="radio"/> NO | Note: | |

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 di cui al Regolamento di attuazione dell'articolo 43 della legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 <i>“Organizzazione e funzionamento delle strutture sociali, istituti di partecipazione e concertazione”</i> , approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 10 luglio 2008 | | | |
| (solo per le strutture per la prima infanzia) <input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni di cui alla Delib.G.R. n. 62/24 del 14.11.2008 <i>“Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture e dei servizi educativi per la prima infanzia”</i> , come modificata dalla Delib. G.R. n. 28/11 del 19/06/2009 | | | |
| (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 | | | |
| (solo per le strutture di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati) <input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni di cui alla Delib.G.R. n. 5/27 del 28/01/2016 <i>“Misure urgenti e indifferibili per fronteggiare l'emergenza connessa ai flussi migratori. Individuazione dei requisiti organizzativi, strutturali e di personale delle strutture per la prima accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)”</i> . | | | |

2.7 – Periodo di apertura

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|-----|----|--|
| Esercizio a carattere | <input type="checkbox"/> Permanente | | | <i>Sono attività stagionali quelle che si svolgono, ogni anno, solo in un determinato periodo. Il titolo abilitativo avrà validità a tempo indeterminato. La presente vale anche quale comunicazione annuale al SUAPE di sospensione dell'attività nel periodo di chiusura indicato.</i> |
| | <input type="checkbox"/> Stagionale | Dal | Al | |
| | <input type="checkbox"/> Temporaneo | Dal | Al | |

2.8 – Allegati

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Planimetria QUOTATA e arredata, 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"/> | 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"/> | 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"/> | <i>(SOLO PER LE STRUTTURE PER LA PRIMA INFANZIA)</i> <input type="checkbox"/> Copia dell'atto costitutivo e dello statuto <input type="checkbox"/> Tabella dietetica approvata dal Servizio Igiene degli alimenti della ASL <i>(per strutture con servizio mensa)</i> <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. Note

| |
|--|
| |
|--|

4. Data e firma

| |
|--|
| Luogo e data |
| Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR.28 dicembre 2000, n. 445, e del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 |
| Firma dell'interessato |
| <i>Riportare da tastiera il nominativo del firmatario (indicato al quadro 2) →</i> |
| N.B.: In caso di procura speciale ai sensi dell'art. 32, comma 2 della L.R. n. 24/2016, il presente modello va sottoscritto con firma autografa dal soggetto delegante e conservato in originale dal procuratore, il quale provvederà a firmare digitalmente il modello inviato al SUAPE. |

N.B.: Il presente documento, sottoscritto mediante firma digitale, costituisce ad ogni effetto di legge copia originale, con l'efficacia prevista dall'art. 21 del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i..

Esso è inviato al SUAPE esclusivamente per via telematica, non essendo prevista alcuna trasmissione di documentazione su supporto

Cronologia degli aggiornamenti del modello: **B21**

| Data | Modifica apportata | La modifica è sostanziale, e comporta l'obbligo di ricompilazione in caso di utilizzo di versioni precedenti? |
|-------------|--|--|
| 29/03/2017 | Modificato il frontespizio: tipologia di procedimento applicabile | No |
| 01/03/2017 | Modificato il frontespizio; corretti i riferimenti al SUAPE | No |
| 08/11/2016 | Modificato il frontespizio e i quadri 2.1 e 2.3.4 | Solo per strutture residenziali integrate |
| 17/02/2016 | Modificato il quadro 2.6 | Solo per strutture di prima accoglienza |
| 26/11/2015 | Aggiunto il nuovo quadro 2.7 | No |
| 31/10/2015 | Modificato il frontespizio | No |
| 21/10/2015 | Modificato il quadro 2.1 | No |
| 05/05/2015 | Modificato il quadro 2.1 | No |
| 27/04/2015 | Modificato il quadro 2.1 | No |
| 27/08/2014 | Modificato per maggiore chiarezza il quadro 1 | No |
| 26/06/2014 | Modificato il quadro 2.1 per le strutture residenziali integrate | No |
| 09/10/2013 | Modificato il secondo rigo del quadro 2.3.3 | No |
| 16/07/2013 | Eliminato un rigo al quadro 2.3.4 | No |
| 07/01/2013 | Allegati: eliminazione dell'obbligo di firma da parte di un tecnico abilitato sulla planimetria dell'attività | No |
| 23/09/2012 | Al quadro 2.7, eliminato il riferimento al documento programmatico sulla sicurezza della privacy | No |
| 26/06/2012 | Modificata l'intestazione, con l'indicazione degli endoprocedimenti connessi e degli ulteriori modelli collegati Modificato il quadro 1 Modificato il quadro firma Modificato l'elenco degli allegati Aggiunto il quadro 3 "note" Eliminata la necessità della sigla in ogni pagina | No |