

<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 - A11 in caso di scarichi diversi da quelli domestici recapitanti in pubblica fognatura - 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</p> <p>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"/>	<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 "Organizzazione e funzionamento delle strutture sociali, istituti di partecipazione e concertazione", 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 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture e dei servizi educativi per la prima infanzia", 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 "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)".			

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?
12/07/2017	Modificato il frontespizio	No
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