

**Al Coordinatore dell'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale N28**

Oggetto: Segnalazione certificata di inizio attività per servizi indicati nella Sezione B del Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali territoriali e domiciliari di cui al Regolamento di attuazione della legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328)".

(da compilare a cura del legale rappresentante Soggetto Prestatore il Servizio)

IL SOTTOSCRITTO	
CODICE FISCALE	
NATO A	
IL	
RESIDENTE IN	
ALLA VIA/PIAZZA, N.	
TELEFONO E FAX	
E-MAIL	

in qualità di Legale Rappresentante di:

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE	
NATURA GIURIDICA	
CODICE FISCALE	
PARTITA IVA	
SEDE LEGALE IN VIA/PIAZZA, N.	
TELEFONO E FAX	
E-MAIL	
SEDE OPERATIVA IN	
VIA/PIAZZA, N.	
TELEFONO E FAX	
E-MAIL	

SEGNALA L'INIZIO DELLE ATTIVITÀ

ai sensi dell' ex art.19 della L. 241/90, come modificato dalla L.122/10, e di quanto disciplinato dall'art. 7 del Regolamento di attuazione della Legge n.11/2007 della Regione Campania, del servizio di seguito indicato, così come descritto nella Scheda Tecnica:

Servizio di assistenza Scolastica	
Progetto terapeutico riabilitativi sostenuti da budget di salute	
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	
Assistenza Domiciliare socio-assistenziale	
Telesoccorso	
Centri per le Famiglie	
Servizio di Mediazione Familiare	
Laboratori di educativa Territoriale	
Centri Antiviolenza	
Servizio di Mediazione Culturale	
Segretariato Sociale	
Telefonia Sociale	
Trasporto Sociale	
Unità Mobile di Strada	
Servizio di Pronto Intervento Sociale	

A TAL FINE DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1 Che il legale rappresentante e i componenti degli organi direttivi del prestatore non stati condannati in via definitiva per i 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 devono sussistere nei loro confronti cause di divieto, decadenza, sospensione ai sensi del decreto legislativo 6/2011;
 - 2 Il rispetto delle norme generali in materia di urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, sicurezza del lavoro, igiene e prevenzione incendi, della struttura ove si svolge il servizio;
 - 3 Il rispetto dei contratti di lavoro, degli inquadramenti professionali e delle norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;
 - 4 che il servizio per il quale si presenta la SCIA è in possesso: di tutti i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali minimi previsti nella Sezione B del Catalogo di autorizzazione rilasciata dall'Ambito Territoriale N _____ con Provvedimento N _____ del _____
- che il Soggetto che rappresenta _____ è titolare del Servizio _____ non è titolare del Servizio Di essere iscritto all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali (L.R.7/2015;R.R.1/2016)

si impegna

- a dare comunicazione all'Amministrazione di ogni eventuale variazione relativa ad uno o più elementi del servizio, entro 10 giorni dall'intervenuta variazione, specificandone la causa ed i tempi di permanenza;
- a dare comunicazione all'Amministrazione, entro 10 giorni, di ogni eventuale sospensione del servizio;
- a trasmettere entro il 31 dicembre di ogni anno una dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/00 e ss.mm.ii. attestante la permanenza dei requisiti richiesti.

Scheda Tecnica del Servizio

Denominazione

Descrizione delle attività svolte

Tipologia

Esperienza del soggetto erogatore

Denominazione attività/servizio

Soggetto titolare del servizio (se svolto su committenza)

Durata in mesi

Prestazioni

Organizzazione

SCHEDA TECNICA DEL PERSONALE E DELLE RELATIVE QUALIFICHE E FUZIONI

Cognome e Nome Ruolo svolto nel servizio	Cognome e Nome Ruolo svolto nel servizio	Cognome e Nome Ruolo svolto nel servizio

Destinatari delle attività

(indicare previsione numerica, tipologia di destinatari e modalità di individuazione degli stessi)

Da compilare solo nel caso in cui l'immobile nel quale si svolge il servizio si intende adibirlo o già è stato adibito a sede di una struttura rientrante nelle tipologie previste della Sezione A del Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali territoriali e domiciliari.

Ubicazione/localizzazione

(breve descrizione della sede con riferimento a quanto previsto nell'allegato B)

Capacità ricettiva massima**ELENCO ALLEGATI**

	Documento	N.ro - copie	Check list - S/N
	Autocertificazione del possesso dei requisiti comuni indicati dall'articolo 5 e specifici del servizio riportati nel Catalogo		
	Copia dell'atto costitutivo e dello statuto del prestatore se trattasi di soggetto del terzo settore o di azienda pubblica di servizi alla persona		

	Illustrazione della dotazione organica del personale e delle relative qualifiche e funzioni		
	Copia della carta dei servizi		
	Copia della polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli ospiti, i dipendenti e i volontari		
	Copia del decreto dell'avvenuta iscrizione all'Albo Sociale Regionale delle Cooperative Sociali.		
	Altro.....		

AVVERTENZE:

Tutta la pratica dovrà essere presentata in duplice copia, fatta eccezione per le planimetrie.

Potrà essere allegata ulteriore documentazione e/o certificazione, in originale o copia conforme, ritenuta utile.

Nei casi in cui il documento sia presentato in copia il legale rappresentante attesterà la conformità degli atti all'originale ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

Allega fotocopia del documento di identità

Data_____

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla procedura del suddetto avviso pubblico (informativa ai sensi della L.675/96 art.10).

Firma del Legale Rappresentante
Timbro del Soggetto prestatore