

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI

Bollo *

€ 16,00

* o copia del titolo di esenzione

Spett.le A.S.L. BI
S.S Vigilanza
Via dei Ponderanesi, 2
13875 PONDERANO
ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ nato/a il
_____ a _____ Prov. _____ Stato _____ Codice Fiscale
_____ residente a _____ Prov. _____ CAP
_____ via _____ n. _____ telefono
_____ e-mail _____

eventuale domicilio, se diverso dalla residenza:

(indirizzo) _____ Comune
_____ Prov. _____ CAP _____

- che agisce in qualità di titolare dell'attività che intende esercitare;
 che agisce in qualità di Legale rappresentante della seguente persona giuridica:

denominazione _____
ragione sociale _____
con sede legale a _____
in via _____ n. _____
codice fiscale _____ P. IVA _____

CHIEDE

il **rilascio dell'autorizzazione**, di cui all'art. 27 L.R. 8/01/2004 n. 1 e successive modifiche ed integrazioni, all'esercizio dei servizi e delle attività previsti dalla normativa vigente per la seguente tipologia di presidio:

- **TIPOLOGIA** _____
(RSA, Centro diurno ecc.)
- **AREA FUNZIONALE** _____
(Anziani, Disabili ecc.)
- **per una recettività massima prevista di posti** _____, così ripartiti:

TIPOLOGIA	N. TOT. POSTI	DI CUI						NORMATIVA DI RIFERIMENTO
		N. NUCLEI	N. POSTI/ NUCLEO	N. NUCLEI	N. POSTI/ NUCLEO	N. NUCLEI	N. POSTI/ NUCLEO	
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	

SEDE OPERATIVA

presso la struttura denominata:

ubicata nel il Comune di _____ prov. _____ cap _____

indirizzo _____

tel. _____ fax _____ @ _____

A tal fine, consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanate sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/200) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

IMPRESA/ENTE/SOCIETA' - TITOLARE

- di essere titolare dell'omonima impresa individuale, iscritta al Registro delle Imprese presso la CCIAA di _____ n° _____ in data _____
P.E.C. (obbligatoria) _____

Oppure

- di essere legale rappresentante della sotto indicata società/ente:

denominazione/ragione sociale/tipo società _____

atto costitutivo in data _____ registrato a _____ il _____

n. _____ Comune sede legale _____

prov. _____ indirizzo _____

CAP _____ codice fiscale _____

P.IVA (se diversa da codice fiscale) _____

iscrizione al Registro Imprese presso la CCIAA di _____ n. _____ in data _____

P.E.C. (obbligatoria) _____

CAUSE OSTATIVE

Di essere in possesso dei seguenti requisiti di moralità professionale:

- l'assenza di condanne penali a proprio carico (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni: _____

- l'inesistenza a proprio carico di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato, preventivo o di amministrazione controllata (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco di essi e di eventuali riabilitazioni: _____

- l'inesistenza a proprio carico di cause di decadenza, di sospensione o di divieto, di cui all'art. 67 del D Lgs 159/2011 (IN CASO CONTRARIO farne elenco: _____

DISPONIBILITA' LOCALI

di avere la piena disponibilità dei locali destinati all'attività in quanto: proprietario degli stessi

Oppure

di essere locatario dell'immobile di proprietà di _____, come da contratto registrato a ___ in data _____

Oppure

altro: _____

AUT. 8 TER D. LGS.VO 502/92

di aver ottenuto l'autorizzazione alla realizzazione – ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. – con D.D. Regionale n. _____ del _____

(limitatamente alle strutture per anziani specificare:)

con possibilità di accreditamento senza possibilità di accreditamento)

Oppure

di aver ottenuto con D.D. Regionale n. ___ del ___ un finanziamento regionale alla realizzazione della struttura e che tale finanziamento deve intendersi equivalente all'autorizzazione alla realizzazione – ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Oppure

che nella fattispecie – per la tipologia di struttura – non è necessaria l'autorizzazione regionale alla realizzazione ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

AGIBILITA'

- che la struttura rispetta tuttora la normative vigente in materia di urbanistica, edilizia, igiene e sicurezza, eliminazione delle barriere architettoniche.

Inoltre

- i locali sono agibili in quanto il Comune di _____ ha rilasciato certificato (prot. n. _____ in data _____) di abitabilità/agibilità (che si allega in copia) per uso _____

Oppure

- I locali sono agibili in quanto è stata presentata domanda di agibilità per uso _____ al Comune di _____. La domanda (**che si allega in copia**) è stata depositata al protocollo comunale al n. _____ in data _____ ed il provvedimento di agibilità si è formato per silenzio assenso (1994- 2017);

Oppure

- i locali sono agibili in quanto per effetto del D.lgs. 25 novembre 2016, n. 222 è stata depositata al protocollo comunale al n. _____ in data _____ la SCA "segnalazione certificata di agibilità" da parte di un tecnico abilitato (**che si allega in copia**);

Oppure

- non è noto il provvedimento del Comune di rilascio dell'agibilità oppure è antecedente al 1994 e **si allega** quindi **attestato di salubrità dell'immobile** redatto da tecnico abilitato nonché **collaudo e/o dichiarazione di stabilità** in situazioni normali ed eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti

In ogni caso allegare:

- **dichiarazione sottoscritta** da tecnico abilitato, ai sensi dell'art. 24 della L. 104/92 ed al D.P.R. 24.7.96 n° 503, trattandosi di edificio o spazio pubblico o privato aperto al pubblico, le opere risultano conformi alle disposizioni impartite e le soluzioni adottate garantiscono il grado di accessibilità visibilità adattabilità nell'edificio considerato.
- **planimetrie quotate dei locali** secondo le indicazioni riportate a pagina 11

IMPIANTI

- sono presenti e **si allegano in copia** tutte le dichiarazioni di conformità degli impianti presenti ad uso dell'unità immobiliare redatta dalle imprese installatrici (L. 46/90 o D.M. 37/2008 e ss.mm.ii.) relativamente a:
- impianto elettrico
 - impianto riscaldamento (allegare anche prova iscrizione al catasto impianti termici Reg. Piemonte CIT)
 - impianto climatizzazione e condizionamento (allegare anche prova dell'iscrizione dell'impianto sul registro nazionale gas fluorurati FGAS dove necessita)
 - impianto ascensori, montacarichi, scale mobile (allegare anche n° di matricola)
 - impianto protezione antincendio (allegare anche prova dell'iscrizione dell'impianto sul registro nazionale fluorurati FGAS dove necessita)
 - impianto idrico sanitario
 - impianto gas
 - altro _____
 - altro _____

Oppure

- si allega** dichiarazione di rispondenza degli impianti alla normativa vigente redatta da tecnico in possesso dei requisiti di cui all'art. 7 comma 6 D.M. 37/2008.
- che tutti gli impianti vengono regolarmente mantenuti ai sensi della normative vigente.
- che in data _____ é avvenuta l'ultima verifica dell'impianto di biennale degli impianti elevatori (ove presenti) ai sensi del DPR 162/99 e ss.mm.ii. (**che si allega in copia**)
- che in data _____ é avvenuta l'ultima verifica dell'impianto di messa a terra ai sensi del DPR 461/2001 e ss.mm.ii. (**che si allega in copia**)
- che in data _____ é stata eseguita la verifica per il RISCHIO FULMINAZIONE diretta e indiretta (**che si allega in copia**)

PROTEZIONE DAGLI INCENDI, SICUREZZA E PROTEZIONE

- è stato rilasciato in data _____ Certificato di Prevenzione Incendi (per categoria C) dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco con scadenza in data _____ **(che si allega in copia).**

Oppure

- è stata presentata Segnalazione Certificata di Inizio attività ai sensi del D.P.R. 01/08/2011 N. 151 (per categorie A, B, C), con riferimento prot. VV.F n. _____ / _____ del _____ **(che si allega in copia).** Qualora sia stato effettuato sopralluogo da parte dei VVF **allegarne l'esito.**

Oppure

- è stata presentata Attestazione di Rinnovo Periodico di conformità antincendio ai sensi dell'art.5 del D.P.R. 01/08/2011 N. 151 (per categorie A, B, C), con riferimento prot. VV.FF. n. _____ / del _____ **(che si allega in copia).**

Oppure

- si allega** dichiarazione, sottoscritta da tecnico abilitato, attestante l'esenzione dalla presentazione del certificato stesso, in quanto nell'edificio e nelle unità immobiliari non viene svolta nessuna delle attività soggette alla normativa prevista dal D.P.R. 01/08/2011 n. 151.

- che sono stati nominati RSPP, Medico Competente, Preposto nelle persone di _____ **(si allega atto di nomina).**

- che sono stati nominati gli addetti emergenze, antincendio e primo soccorso nelle persone di _____ e che le stesse hanno frequentato i corsi previsti.

- che il personale è stato formato ed informato del piano emergenza ed evacuazione.

- che vengono effettuate le prove di evacuazione annuali.

- che tutti gli impianti e le dotazioni antincendio vengono regolarmente mantenuti ai sensi della normativa vigente.

- che viene tenuto e regolarmente aggiornato il registro dei controlli antincendio.

D.LG.VO 81 / 2008

SI ALLEGA ai fini del rispetto delle disposizioni normative in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro:

- Documento di valutazione dei rischi:
- Piano di emergenza;
- DUVRI ove necessita;

ASPETTI IGIENICO SANITARI

VALUTAZIONE RISCHIO LEGIONELLA (Allegare "Piano Controlli")

- E' presente un piano di Controlli Non é presente un piano Controlli

La revisione della valutazione del rischio avviene annualmente: SI NO

SMALTIMENTO RIFIUTI PRODOTTI DALLA STRUTTURA EQUIPARATI AI RIFIUTI OSPEDALIERI (Allegare regolamento e/o contratto di affidamento del servizio di smaltimento rifiuti)

- I rifiuti vengono smaltiti ai sensi del DPR 274/2003: SI NO
- Tutto il personale addetto alla gestione dei rifiuti ha partecipato ad un corso di formazione a tale scopo: SI NO
- Il personale addetto é dotato dei necessari DPI e segue la procedura aziendale sulla gestione delle varie tipologie dei rifiuti prodotti nella struttura SI NO

RISTORAZIONE

SE I PASTI VENGONO PREPARATI IN SEDE O SOLO SOMMINISTRATI

- dichiara di aver presentato all'ASLBI Segnalazione Certificata di inizio attività (SCIA) prot. _____ in data _____ (allegato 1 Regolamento CE N. 852/2004 Notifica relativa alle attività registrate ai sensi dell'art. 6 Reg. citato).

Oppure

- di esercitare l'attività di ristorazione collettiva- assistenziale, come da _____ (DIA o SCIA) rilasciata in data _____ da _____ a _____
- i locali e l'autorizzazione non hanno subito successive modifiche
- i locali e l'autorizzazione hanno subito successive modifiche ed é stata presentata notifica di inizio/variazione attività (allegato 2 Regolamento CE N. 852/2004) per le attività di ristorazione collettiva – assistenziale all'ASL BI in data _____ prot. _____

SE CI SI AVVALE DI UN SERVIZIO CATERING

- che la ristorazione é garantita per il tramite della ditta _____, con sede legale in _____ prov. _____ P.IVA _____, come da (DIA o SCIA) rilasciata in data _____ da _____ a _____ (indicare gli estremi dell'autorizzazione)

ASSICURAZIONI

- che per l'attività è stata stipulata polizza assicurativa R.C. n° _____ il _____ da _____ presso la Compagnia assicuratrice _____ con scadenza il _____

Oppure

- che verrà stipulata polizza assicurativa per responsabilità civile derivante da danni cagionati dagli operatori a soggetti frequentanti ovvero da questi ad altri utenti od a terzi e che ne verranno comunicati gli estremi.

Il sottoscritto, con la firma della presente istanza, si impegna a produrre eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla Commissione di Vigilanza e a garantire l'assistenza adeguata nelle modalità definite dalla normativa di riferimento.

INFORMATIVA INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

L'Azienda Sanitaria di Biella in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, informa che i dati comunicati saranno trattati con le modalità e per le finalità riportate **nell'Allegato denominato "Informativa Trattamento dati"** che mette in evidenza i diritti riconosciuti in qualità di soggetto "interessato".

data _____ firma (per esteso) _____

ULTERIORI ALLEGATI OBBLIGATORI:

- n. 1 marca da bollo da € 16,00 o copia del titolo di esenzione dall'imposta di bollo ai sensi dell'art10, comma 8 del D. Lgs 4/12/1997 n. 460;
- copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;
- documentazione inerente la natura giuridica del soggetto gestore (atto costitutivo, iscrizione alla Camera di Commercio, etc.);
- titolo di godimento dell'immobile in cui ha sede l'attività: copia del documento dal quale risulti la disponibilità dell'immobile dichiarata
- schema orario del personale secondo il modello fornito dall'ASL denominato "All_to – SCHEMA ORARIO DEL PERSONALE";
- n. 1 copia delle planimetrie quotate dei locali (piante, prospetti e sezioni) in scala 1:100 - conformi alle S.C.I.A. e/o CILA licenziate - (relative ai soli locali oggetto di autorizzazione) timbrate e sottoscritte da tecnico abilitato e dal titolare dell'attività o dal legale rappresentante del soggetto gestore, con indicate le destinazioni d'uso dei vani, le verifiche analitiche e separate dei rapporti aeroilluminanti, la descrizione dei percorsi di accessibilità e di visitabilità e le eventuali aree verdi annesse;
- copia del regolamento interno di funzionamento della struttura, modalità di definizione delle rette, modalità di aggiornamento e riqualificazione degli operatori;
- Progetto gestionale: tipologia delle attività assistenziali, alberghiere e sanitarie che si intendono fornire e individuazione del relativo personale;

Il sottoscritto, con la firma della presente istanza si impegna a garantire l'assistenza adeguata nelle modalità definite dalla normative di riferimento.

data _____ firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo si utilizza per richiedere l'autorizzazione al funzionamento della Struttura Socio Assistenziale.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il legale rappresentante della struttura interessata o il titolare dell'attività che intende esercitare

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

La Richiesta deve avvenire in modalità telematica. L'indirizzo PEC a cui inviare la richiesta è il seguente:
ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it

Per informazione e chiarimenti contattare la S.S.Vigilanza ASL BI

Tel.: 015 1515 9136 – 9123 – 9162-9150

e-mail: commissione.vigilanza@aslbi.piemonte.it

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il provvedimento amministrativo di autorizzazione sarà adottato entro 90 gg. dalla data di acquisizione della richiesta all'Ufficio Protocollo dell'ASL BI ed inoltrato al richiedente all'indirizzo PEC comunicato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679)

per i Richiedenti il rilascio o la volturazione dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata ad altro titolare ex art. 27 L.R. del 8 gennaio 2004, n. 1 e ss.mm.ii.

Gent.le Richiedente

L'Azienda Sanitaria di Biella, con sede Via dei Ponderanesi, 2 - 13875 Ponderano, Tel. 015-15151 Fax. 015-15153545, www.aslbi.piemonte.it, P.I./Cod. Fisc. 01810260024, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, La informa che i suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti e mette in evidenza i diritti di cui Lei gode in qualità di soggetto "interessato".

In particolare, il Titolare, Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali anche relativi a condanne penali e reati (ossia dati idonei ad accertare la sua situazione giudiziaria). I dati personali sopra indicati saranno di seguito definiti congiuntamente come "Dati Personali".

1. Finalità e durata del trattamento e Base Giuridica

I Dati personali sono trattati nell'ambito dell'ordinaria attività del Titolare, **senza il Suo consenso** per le finalità di seguito indicate:

Finalità del trattamento	Base giuridica del trattamento
a) Procedimento autorizzatorio all'esercizio dei servizi e delle attività: <ul style="list-style-type: none">- ricezione e valutazione istanza;- verifica del possesso dei requisiti organizzativi e strutturali previsti dalle disposizioni statali e regionali;- rilascio autorizzazione o volturazione dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata ad altro titolare ex 27 L.R.1/2004 e ss.mm.ii..- rilascio modifica dell'autorizzazione al funzionamento ex art. 27 comma 8 L.R. 1/2004 e ss.mm.ii.	Per la finalità di cui alle lettera a) la base di legittimità è l'art. 6 paragrafo 1, lettera c) ovvero "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento" e lettera e) del GDPR in quanto "il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento".

2. Natura del conferimento dei dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto del conferimento

Il conferimento dei dati richiesti per la/e finalità indicata al par. 1 è indispensabile e il loro mancato conferimento rende impossibile all'interessato l'accesso alla prestazione richiesta.

3. Modalità del trattamento

I Dati Personali saranno trattati per la/e finalità esposta/e, secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione delle finalità, minimizzazione ed esattezza dei dati (secondo quanto previsto dall'art 5 del GDPR) sia in forma cartacea che automatizzata. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare adeguati livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

4. Conservazione dei dati personali

I Dati Personali saranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata, nel rispetto del principio di limitazione della conservazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera e) del GDPR nonché degli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. In particolare, Il titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel massimario di conservazione e di scarto adottato dalla Regione.

5. Categorie di soggetti destinatari dei dati

I dati personali saranno utilizzati e comunicati in modo adeguato e corretto a soggetti destinatari interni e/o esterni all'organizzazione del Titolare. A tal fine, nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo 1, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi Dati Personali:

- personale debitamente istruito ed autorizzato dal Titolare che agisce sotto l'autorità del medesimo e nel rispetto del segreto d'ufficio;
 - o persone fisiche e/o giuridiche, quali responsabili al trattamento di dati personali ex artt. 28 e 29 GDPR che trattano dati per conto del Titolare, in rapporto contrattuale o convenzionale con il medesimo idoneamente designati e selezionati, altresì, per le garanzie prestate in materia di protezione dei dati personali, ciascuno nei limiti della propria professione e delle funzioni assegnate, a titolo esemplificativo, consulenti tecnici e legali per la gestione di eventuali controversie;
- organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione e altri soggetti, enti o autorità che agiscono nella loro qualità di titolari autonomi del trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità;

Si possono considerare, altresì, eventuali comunicazioni dei dati ad autorità di pubblica sicurezza e autorità giudiziaria, nei limiti necessari per svolgere il loro compito istituzionale e/o di interesse pubblico (le suddette autorità nell'ambito di specifica indagine, conformemente al diritto dell'Unione o degli stati membri non sono considerate destinatarie).

6. Ambito di diffusione dei dati e trasferimento dei dati personali extra UE

I Dati Personali non sono oggetto di diffusione (intendendosi per tale, il darne conoscenza a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione), fatta salva l'ipotesi in cui la diffusione sia richiesta, in conformità alla legge. I dati non sono, inoltre, trasferiti in paesi terzi. Per quanto concerne l'eventualità di un futuro trasferimento il Titolare rende noto che il trattamento avverrà nel rispetto della normativa, ovvero, secondo una delle modalità consentite dalla legge vigente, quali ad esempio:

- trasferimento verso Paesi che offrono garanzie di protezione adeguate;
- adozione di Clausole contrattuali Standard approvate dalla Commissione Europea;
- adozione di Norme vincolanti d'impresa autorizzate dall'Autorità Garante;
- selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati (es. EU-USA)

7. Diritti dell'interessato

In merito al trattamento dei Suoi dati personali Lei, in qualità di Interessato, può esercitare, laddove applicabili e tecnicamente possibili, i diritti previsti dagli artt. 15-21 dal Reg. (UE) n. 679/2016, quali quelli di accesso, di opposizione, rettifica.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare ovvero al DPO ai recapiti indicati specificando l'oggetto della richiesta, il diritto che si intende esercitare e allegando il documento di riconoscimento che attesti la legittimità della richiesta. In qualità di interessato, ricorrendone i presupposti, Lei ha, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali quale autorità di controllo (Reg. 679/2016 art.13 par.2, lettera d), secondo le modalità previste dall'art. 142 del D. Lgs. 196/2003, integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 101/2018.

8. Sito

La presente informativa è, altresì, consultabile sul seguente sito internet: <http://www.aslbi.piemonte.it>.

9. Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO)

Il Responsabile per la protezione dei dati (RPD/DPO) designato dall'ASL di Biella, al quale Lei potrà rivolgersi, è rintracciabile al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@slalomsrl.it.