

ISTANZA DI MODIFICA DEL TITOLO AUTORIZZATIVO DI UN PRESIDIO SOCIO ASSISTENZIALE, SOCIO SANITARIO, SOCIO EDUCATIVO

Bollo *

€ 16,00

* o copia del titolo di esenzione¹

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 di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____

n. telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

eventuale domicilio, se diverso dalla residenza (indirizzo) _____

_____ Comune del domicilio _____ Prov. _____ CAP _____

che agisce in qualità di titolare dell'attività esercitata;

che agisce in qualità di Legale rappresentante della seguente persona giuridica:

denominazione (società di capitali) _____

ragione sociale (società di persone) _____

con sede legale a _____

in via _____ n. _____

codice fiscale _____ P. IVA _____

titolare dell'autorizzazione all'esercizio della struttura di seguito indicata

¹ Ai sensi dell' art. 10, comma 8 del D.Lgs. 4-12-1997 n. 460 sono in ogni caso considerati ONLUS, e quindi esenti dall'imposta di bollo, gli organismi di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, iscritti nei registri istituiti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, le organizzazioni non governative riconosciute idonee ai sensi della legge 26

febbraio 1987, n. 49, e le cooperative sociali di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381, nonché i consorzi di cui all'articolo 8 della predetta legge n. 381 del 1991 che abbiano la base sociale formata per il cento per cento da cooperative sociali. Sono fatte salve le previsioni di maggior favore relative agli organismi di volontariato, alle organizzazioni non governative e alle cooperative sociali di cui, rispettivamente, alle citate leggi n. 266 del 1991, n. 49 del 1987 e n. 381 del 1991

**STRUTTURA SOCIO ASSISTENZIALE / SOCIO SANITARIA / SOCIO EDUCATIVA
SEDE OPERATIVA**

denominata: _____
ubicata nel Comune di _____ prov. _____ cap _____
indirizzo _____
tel. _____ fax _____ PEC _____ @ _____

| AREA FUNZIONALE | | TIPO STRUTTURA | N. POSTI |
|---|---|----------------|----------|
| Rilievo sanitario e delle fragilità sociali | <input type="checkbox"/> per anziani | | |
| | <input type="checkbox"/> disabili | | |
| | <input type="checkbox"/> minori | | |
| | <input type="checkbox"/> utenza mista | | |
| Socio educativa | <input type="checkbox"/> prima infanzia | | |

ai sensi dell'art. 27 L.R. 08 gennaio 2001 n. 1 e ss.mm.ii

CHIEDE

la modifica del titolo autorizzativo all'esercizio, rilasciato con atto amministrativo _____ n. _____ del _____ in capo a _____

per i seguenti aspetti:

- variazione gestionale – modifica soggetto gestore del servizio (nuovo affidamento appalto di servizi/global service)
- variazione in aumento o diminuzione di posti della stessa tipologia autorizzata in origine;
- variazione strutturale: riqualificazione dell'edificio/distribuzione più funzionale degli spazi a parità di numero e tipologia di posti

a far data dal _____

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

3

Che la modifica all'autorizzazione è richiesta in forza della seguente variazione:

gestionale:

- cambio del soggetto gestore (della prestazione, mediante affidamento in capo a

_____ dei seguenti servizi:

_____;

- modifica del numero dei posti nella medesima tipologia in origine autorizzata:

tipologia _____ da n. _____ a n. _____

riqualificazione dell'edificio/distribuzione più funzionale degli spazi:

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: _____

4

CAUSE OSTATIVE

Di confermare il possesso dei seguenti requisiti di moralità professionale, dichiarati in sede di rilascio dell'autorizzazione:

- 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);

Allega al riguardo copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

9. che sono state nominate le figure preposte, RSPP o Preposto, RLS, Medico Competente, addetti emergenze, antincendio e primo soccorso e che hanno frequentato i corsi previsti;
10. che il personale è stato formato ed informato sui rischi sui luoghi di lavoro e sul piano di emergenza ed evacuazione;
11. che vengono effettuate le prove di evacuazione annuali;
12. che sia stato predisposto il DVR ed il DUVRI;

Si allegano al riguardo

- Parere regionale programmatico ex art. 8/ter, D.lgs 502/1992 e s.m.i. (solo per i presidi socio sanitari di cui alla DGR 22 marzo 2019 n° 31- 8596 nel caso di variazione di capienza e/o di tipologia);
- Documento di valutazione dei rischi e piano di emergenza ed evacuazione aggiornati nonché nominativi ed atti di nomina di RSPP e medico competente aggiornati.
- Si allega numero 1 copia delle planimetrie quotate dei locali (piane, prospetti e sezioni) in scala 1:100 - conformi alle concessioni e/o D.I.A. 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 aeranti e illuminanti, la descrizione dei percorsi di accessibilità e di visitabilità e le eventuali aree verdi annesse
- Si allega planimetria con la situazione attuale del nucleo o dell'area oggetto di trasformazione e planimetria riportante la situazione a seguito della trasformazione
- Si allega parere favorevole di compatibilità rilasciato dalla Regione Piemonte (in caso di variazione strutturali che ne comportano il rilascio da parte della Regione)

NEL CASO DI VARIAZIONI GESTIONALI:

Al riguardo, allega inoltre:

- *(nel caso di variazione dei requisiti gestionali e strutturali precedenti)* la documentazione (elencata in apposito documento) atta a dimostrare la conformità alle norme vigenti per la tipologia di struttura;
- *(nel caso di variazione dell'Ente Gestore della struttura)* copia dell'atto che ha dato luogo alla variazione;
- autocertificazione resa dal Legale rappresentante del nuovo Ente gestore, resa ai sensi dell'articolo 47 DPR 445/2000, corredata di copia del documento di riconoscimento in corso di validità, attestante:
 - la natura giuridica del nuovo soggetto gestore, fornendo copia dell'atto costitutivo, statuto, certificato di iscrizione alla CCIAA, etc.;
 - i soggetti facenti parte della compagine societaria (soggetti con legale rappresentanza e altri amministratori, membri del collegio sindacale/sindaco unico, soggetti che svolgono compiti di vigilanza ai sensi dell'art. 6, comma 1 lettera b) del D.Lgs 231/2001 (se previsti), direttore tecnico (se previsto);
 - ai sensi dell'art. 89 del D. Lgs 159 del 06/09/2011, l'inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 dello stesso Decreto legislativo (Codice antimafia);
 - che sono stati nominati gli addetti emergenze antincendio e primo soccorso e che gli stessi hanno frequentato i corsi previsti

- che il personale è stato formato ed informato del piano di emergenza ed evacuazione;
 - che vengono effettuate le prove di evacuazione annuali
 - che verrà tenuto e regolarmente aggiornato il registro dei controlli antincendio;
 - che tutti gli impianti saranno regolarmente mantenuti ai sensi della normativa vigente;
 - Si allegano Documento di valutazione dei rischi e piano di emergenza ed evacuazione aggiornati nonché nominativi ed atti di nomina di RSPP e medico competente aggiornati
- (nel caso di modifica del Regolamento interno di funzionamento della struttura): copia del nuovo Regolamento (anche aggiornato alla situazione attuale);
- Copia del Progetto Educativo aggiornato alla situazione attuale
- Documentazione fotografica dell'esposizione nella zona accoglienza della seguente documentazione debitamente aggiornata: Progetto educativo, Regolamento, rette, orari e calendario di apertura, autorizzazione al funzionamento;
- Documento attestante la costituzione della "Commissione Asilo Nido", composta da un minimo di 9 ad un massimo di 12 membri come prevista nel Capo III Norme per la gestione e il controllo - arrtt. 11-12, LR 15/01/1973 N. 3;
- Copia del Registro presenze, relativo al mese precedente la richiesta, debitamente compilato, che dovrà contenere fra i dati richiesti, oltre al nome e cognome, l'età dei bambini, nominativo del caregiver e il n. di contatto telefonico;
- Turnazione degli operatori, prevista per il mese antecedente la richiesta, con la descrizione degli orari di lavoro dei singoli operatori;
- Dichiarazione che gli operatori non sono variati rispetto all'ultima visita ispettiva; diversamente dichiarazione dei soggetti variati, con relativa certificazione dei titoli abilitanti la professione;
- se del caso, eventuale Dichiarazione circa l'individuazione del Coordinatore pedagogico corredato del relativo titolo abilitante;
- Scheda di Iscrizione corredata della dichiarazione del consenso informato;
- Documentazione inerente gli strumenti di Valutazione della Soddisfazione dell'utenza

Il sottoscritto autorizza, altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo di rilascio del titolo autorizzativo

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.

data _____ firma (per esteso) _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679)

Dichiaro di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal

D.Lgs. 101/2018, che i dati personali, anche particolari, da me volontariamente forniti e necessari per l'intervento richiesto, saranno trattati dall'ASL BI di Biella che 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 sul Trattamento dei dati personali"** che mette in evidenza i diritti riconosciuti in qualità di soggetto "interessato".

data _____ *firma (per esteso)* _____

Allegato: copia di documento di riconoscimento in corso di validità

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo si utilizza per richiedere la modifica del titolo autorizzativo di un presidio Socio Assistenziale, Socio Sanitario e Socio educativo.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il legale rappresentante della persona giuridica o il titolare dell'attività esercitata in capo al quale è stato rilasciato il titolo autorizzativo sulla struttura interessata

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 DI RISPOSTA 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