

ISTANZA DI VOLTURAZIONE 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 che intende esercitare;

☐ 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 _____

¹ Ai sensi dell' 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

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

CHIEDE

2

la **VOLTURAZIONE** del titolo autorizzativo all'esercizio, rilasciato con atto amministrativo _____
n. _____ del _____ in capo al seguente soggetto:

☐ **Persona fisica:**

(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 _____

☐ **Persona giuridica:**

denominazione _____

ragione sociale _____

con sede legale a _____

in via _____ n. _____

codice fiscale _____ P. IVA _____

della seguente Struttura

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

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

AREA FUNZIONALE		TIPO STRUTTURA	N. POSTI
Rilievo sanitario e delle fragilità sociali	☐ per anziani		
	☐ disabili		
	☐ minori		
	☐ utenza mista		
Socio educativa	☐ prima infanzia		

per i seguenti motivi:

- ☐ modifica del Rappresentante Legale
- ☐ modifica della sede Legale
- ☐ cessione a qualsiasi titolo della società e/o dell'attività (es. cessione o affitto del ramo d'azienda o concessione del servizio)
- ☐ modifica tipologia e/o numero posti rispetto a quelli autorizzati

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

4

Che la volturazione è richiesta in forza della seguente variazione:

☐ **modifica del Rappresentante Legale:**

il nuovo Rappresentante Legale, come risultante dallo statuto o dalla deliberazione di nomina degli organi competenti è:

(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) _____
_____ Comune del domicilio _____ Prov. _____ CAP _____
_____;

☐ **modifica della Sede Legale in Via _____**

n. _____ città _____ Prov. _____ CAP _____

☐ **acquisizione a qualsiasi titolo della seguente società o attività:**

denominazione _____ ragione sociale _____
_____, sede legale _____
_____ in Via _____ n. _____ codice fiscale _____
_____ P. IVA _____

in seguito a:

☐ cessione/affitto del ramo d'azienda: _____

per un periodo di _____ dal _____ al _____

☐ concessione del servizio _____

per un periodo di _____ dal _____ al _____

☐ **modifica tipologia posti rispetto a quelli autorizzati:**

- tipologia autorizzata: _____ nuova tipologia da autorizzare _____
- n° posti autorizzati _____ a nuovi n° posti da autorizzare _____

DISPONIBILITA' LOCALI

5

☐ 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: _____

CAUSE OSTATIVE

Di essere in possesso dei seguenti requisiti di moralità professionale:

- ☐ assenza di condanne penali a proprio carico (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni);
- ☐ 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);
- ☐ 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 Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi dell'art. 48 del DPR 445/2000, relativamente ai soggetti facenti parte della compagine societaria (Rappresentante legale 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) e Direttore tecnico (se previsto), avendo cura di indicare nome, cognome, data e luogo di nascita, luogo di residenza.

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

6

DICHIARA inoltre

1. SONO / NON SONO VARIATI i seguenti parametri operativi:

- ☐ numero e tipologia degli ospiti previsti e delle attività che si intendono fornire rispetto a quanto dichiarato in sede di rilascio di autorizzazione **SI** ☐ **NO** ☐
- ☐ nel caso SI, che le modifiche apportate rispettano i parametri operativi previsti dalla normativa di riferimento;
- ☐ regolamento interno di funzionamento della struttura **SI** ☐ **NO** ☐
- ☐ requisiti gestionali precedenti; (in caso di variazione specificare quali modifiche sono intervenute e produrre la documentazione atta a dimostrare la conformità alle norme vigenti per la tipologia di struttura) **SI** ☐ **NO** ☐
- ☐ strutturali precedenti; (in caso di variazione specificare quali modifiche sono intervenute e produrre la documentazione atta a dimostrare la conformità alle norme vigenti per la tipologia di struttura) **SI** ☐ **NO** ☐

NEL CASO DI VARIAZIONI STRUTTURALI:

- 2. che la struttura rispetta tuttora la normativa vigente in materia di urbanistica, agibilità, igiene e sicurezza, eliminazione barriere architettoniche;
- 3. che tutti gli impianti (idrico, elettrico, gas, termici, anticendio, etc.) vengono regolarmente mantenuti ai sensi della normativa vigente;
- 4. che in data _____ è avvenuta l'ultima verifica dell'impianto di messa a terra ai sensi del DPR 461/2001 e ss.mm.ii;
- 5. che in data _____ è avvenuta l'ultima verifica biennale degli impianti elevatori (ove presenti) ai sensi del DPR 162/99 e ss.mm.ii;
- 6. che SONO/NON SONO intervenute modifiche/nuove installazioni agli impianti e si allega dichiarazione (originale o in copia conforme) di conformità degli stessi redatta dalle imprese installatrici (art. 7, comma 1, D.M. 22 gennaio 2008 n. 37) relativamente a:
Impianto
Impianto
- 7. che è stato rilasciato in data _____ certificato di prevenzione incendi dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco con scadenza in data _____;

Oppure

- ☐ è stata depositata segnalazione certificata di Inizio attività o rinnovo ai sensi del D.P.R. 01/08/2011 N. 151, con riferimento prot. VV.FF. n. _____/_____ del _____;

Oppure

- ☐ che 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, per cui si allega dichiarazione sottoscritta da tecnico abilitato attestante l'esenzione dalla presentazione del certificato stesso;
8. che viene tenuto e regolarmente aggiornato il registro dei controlli antincendio;
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 (piante, 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 - artt. 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 Volturazione del titolo autorizzativo di un presidio Socio Assistenziale, Socio Sanitario e Socio educativo.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il soggetto subentrante nell'esercizio dell'attività (legale rappresentante della persona giuridica o il titolare dell'attività che si intende esercitare, in capo al quale è stato rilasciato il titolo autorizzativo)

10

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