

## 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](mailto: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 (società di capitale) \_\_\_\_\_  
ragione sociale (società di persone) \_\_\_\_\_  
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	
<b>TOTALE</b>	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 è 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 è 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 \_\_\_\_\_ contratta \_\_\_\_\_ 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 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi degli artt. 13 e 14 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](mailto: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](mailto: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.*