



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DELLE STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI

Spett.le ASL Cn1
S.S.D. Attività di vigilanza
Strutture Socio Assistenziali
Via Carlo Boggio n. 12
12100 Cuneo

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. domic. _____ CAP _____

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 (vedi allegato elenco strutture tipologia/area funzionale):

- **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					
		N. NUCLEI	N. POSTI/ NUCLEO	N. NUCLEI	N. POSTI/ NUCLEO	N. NUCLEI	N. POSTI/ NUCLEO
TOTALE							

SEDE OPERATIVA

presso la struttura denominata:

ubicata nel il Comune di _____ prov. _____ cap _____

indirizzo _____

tel. _____ fax _____ @ _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

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

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

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

ex D.G.R. 18/12/2012 n. 36-5090

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'

PER GLI IMMOBILI CON AGIBILITA' RILASCIATA IN DATA SUCCESSIVAMENTE AL 1° LUGLIO 2009

i locali sono agibili in quanto il Comune di _____ ha rilasciato certificato (prot. n. _____ in data _____) di agibilità per uso _____;

Oppure

i locali sono agibili in quanto è stata presentata domanda di agibilità per uso _____ al Comune di _____. La domanda è stata registrata al protocollo comunale al n. _____ in data _____ ed il provvedimento di agibilità si è formato per silenzio assenso;

PER GLI IMMOBILI CON AGIBILITA' RILASCIATA IN DATA ANTECEDENTE AL 1° LUGLIO 2009 E SUCCESSIVAMENTE AL 1° GENNAIO 2002

si allega dichiarazione di stabilità in situazioni normali ed eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti

PER GLI IMMOBILI CON AGIBILITA' RILASCIATA IN DATA ANTECEDENTE AL 1° GENNAIO 2002 (DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380) O NELL'IMPOSSIBILITA' DI COMUNICARE GLI ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI AGIBILITA'

- si allega dichiarazione (originale o in copia conforme) di conformità degli impianti presenti nell'unità immobiliare redatta dalle imprese installatrici (art. 7, comma 1, D.M. 22 gennaio 2008 n. 37) oppure L.46/90 relativamente a:
- impianto elettrico
 - impianto riscaldamento
 - impianto climatizzazione e condizionamento
 - impianto ascensori, montacarichi, scale mobili
 - impianto protezione antincendio
 - impianto idrico sanitario
 - impianto gas
 - superficie vetrata
 - 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. 22/01/2008 oppure L.46/90

- si allega dichiarazione di stabilità in situazioni normali ed eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti.

IN TUTTI I CASI PREVISTI DI CUI AI PUNTI PRECEDENTI

SI DICHIARA CHE IN SEGUITO AL RILASCIO DELLA AGIBILITÀ O DELLE DICHIARAZIONI DI CONFORMITÀ DEGLI IMPIANTI, I SUDDETTI LOCALI E GLI IMPIANTI NON SONO STATI OGGETTO DI ULTERIORI INTERVENTI O MODIFICHE.

BARRIERE

PER GLI IMMOBILI CON AGIBILITA' RILASCIATA IN DATA ANTECEDENTE AL 1° GENNAIO 2002 (DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380) O NELL'IMPOSSIBILITA' DI COMUNICARE GLI ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI AGIBILITA'

- si allega dichiarazione di conformità, sottoscritta da tecnico abilitato, alla normativa in materia di superamento delle barriere architettoniche resa sotto forma di perizia giurata ai sensi del D.P.R. n. 380/01.

PROTEZIONE DAGLI INCENDI

- è stato rilasciato in data _____ certificato di prevenzione incendi dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco con scadenza in data _____

Oppure

- è stata fatta Segnalazione Certificata di Inizio attività ai sensi del D.P.R. 01/08/2011 N. 151, con riferimento prot. VV.FF. n. _____/_____ del _____

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

D.Lgs N. 81/08

si allega, ai fini del rispetto delle disposizioni normative in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro:

- dichiarazione del datore di lavoro dell'avvenuta valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

RISTORAZIONE

SE I PASTI VENGONO PREPARATI IN SEDE O SOLO SOMMINISTRATI

- dichiara di aver presentato all'ASLCN1 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).

ASSICURAZIONI

- che per l'attività è stata stipulata polizza assicurativa R.C. n° _____ contratta 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.

ARREDI

- si allega dichiarazione del costruttore/fornitore che gli arredi:
- sono conformi alle disposizioni del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. ed alle specifiche norme tecniche di riferimento sono conformi alla normativa CEE e, ove prescritto, sono provvisti della marcatura CE a norma del D. Lgs. N. 46/97 sui dispositivi medici

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 AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

data _____ firma (per esteso) _____

ULTERIORI ALLEGATI OBBLIGATORI:

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 (n. 2 copie se cartacee);

copia del regolamento interno di funzionamento della struttura;

QUANDO RICHIESTO: nominativo del Direttore di Struttura - Direttore Sanitario - Medico Responsabile - Coordinatore e relativi titoli di studio/professionali con indicazione della tipologia del rapporto intercorrente (se a tempo pieno od a tempo parziale e del relativo monte ore) e di eventuali altri analoghi incarichi presso altre strutture (specificando le strutture, il numero di posti letto di ognuna e il monte ore dedicato ad ognuna);

Documentazione richiesta da normativa specifica.

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità nr. _____

Data _____ Il dipendente addetto _____

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

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

La Richiesta deve avvenire in modalità telematica attraverso il SUAP – Sportello unico attività produttive, presente nei vari Comuni.

Il SUAP provvede a trasmettere la stessa all'indirizzo PEC: dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it.

*Per informazione e chiarimenti contattare la S.S.D. Attività di Vigilanza sulle Strutture Socio Assistenziali
Corso Francia, 10 – 12100 Cuneo Tel.: 0171.450121 Fax: 0171.450120*

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA

Il provvedimento amministrativo di autorizzazione può essere inviato :

- tramite P.E.C. o da casella di posta elettronica ordinaria
- tramite posta raccomandata A/R (solo se ci sono problemi con invio telematico).

TEMPO DI RISPOSTA: 90 giorni

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it .

RIFERIMENTI:

S.S.D. Attività di Vigilanza sulle Strutture Socio Assistenziali
Corso Francia, 10 – 12100 Cuneo

Tel.: 0171.450121 Fax: 0171.450120 E-mail: vigilanza.strutture socioassistenziali@aslcn1.it