



Azienda Sanitaria Locale di Novara
Sede Legale: viale Roma n°7 – 28100 Novara

Termine per la risposta:
90 gg dalla richiesta

S.S.D. Vigilanza strutture Socio-Assistenziali Socio-Sanitarie e Socio-educative
Arona Piazza De Filippi n. 2 0322-516357
e-mail: vigilanza@asl.novara.it

A.S.L. NO

**Bollo *
€ 16,00***

o copia del titolo di
esenzione dall'imposta
di bollo¹

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE SEZIONE PRIMAVERA

NORMATIVA DI RIFERIMENTO: **SEZIONE PRIMAVERA** - D.G.R. 20 GIUGNO 2008, N. 2-9002

DOMANDA CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ E DI CERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12. 2000, N°445 (DISPOSIZIONI SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA)

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003 – E GDPR 2016/679 - PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI -NEL COMPILARE QUESTO MODELLO DI ISTANZA, COME ANCHE PER LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALLEGATO, LE CHIEDEREMO DI FORNIRE DATI PERSONALI CHE SARANNO TRATTATI DALL'AMMINISTRAZIONE NEL RISPETTO DEI VINCOLI E DELLE FINALITÀ PREVISTE DAL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.L.GS 196/2003 E GDPR 2016/679). IL TRATTAMENTO AVVERRÀ NELL'AMBITO DELLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPlicita MANIFESTAZIONE DEL SUO CONSENSO. IN OGNI CASO LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E LE ALTRE FACOLTÀ CONCESSE DALLA VIGENTE NORMATIVA.

La/Il sottoscritto/a, **RICHIEDENTE**

C H I E D E

Cognome _____ nome _____ nata/o a _____
comune di nascita _____ prov. _____ stato di nascita _____ cittadinanza _____
comune di residenza _____ prov. resid. _____ cap. _____
indirizzo residenza _____ n° _____ tel. _____ cellulare _____
PEC _____ @ _____ eventuale domicilio, se diverso dalla residenza (indirizzo) _____
comune del domicilio _____ prov. domic. _____ cap. _____
Codice fiscale/P.IVA _____

l'autorizzazione al funzionamento all'interno di un ASILO NIDO o SCUOLA INFANZIA

di superficie utile complessiva di mq. _____ destinato ad ospitare

n° _____ bambini, di età da 3 mesi a 3 anni, suddivisi in n° _____ lattanti e n° _____ divezzi

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

Il servizio denominato _____

sarà ospitato presso⁵: _____

INDIRIZZO _____ TEL _____

PEC _____

DICHIARA

IMPRESA / ENTE / SOCIETA' - TITOLARE	<input type="checkbox"/> di essere titolare dell'omonima impresa individuale, iscritta al Registro delle Imprese presso la CCIAA di _____ n° _____ in data _____ @ _____ PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria
	<i>Oppure</i>
	<input type="checkbox"/> di essere legale rappresentante della sottoindicata società/ente: denominazione ente o ragione sociale e tipo società _____ _____ atto costitutivo in data _____ registrato a _____ il _____ n. _____ _____ comune sede legale prov. _____ indirizzo _____ cap. _____ codice fiscale _____ o P. IVA (se diversa da codice fiscale) _____ iscrizione al Registro Imprese presso la CCIAA di _____ n. _____ in data _____ @ _____ PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria

CAUSE OSTATIVE

l'assenza di condanne penali a proprio carico (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco delle stesse (vanno autocertificate le condanne estinte, per le quali è intervenuta riabilitazione, quelle con il beneficio della non menzione, o relative a reati depenalizzati) 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 _____)

PERSONALE

che all'interno della struttura presterà servizio il seguente personale:

- N. 1 responsabile del servizio
- N. 1 coordinatore/trice, pedagogico/a
- N. 1 pediatra
- N. _____ educatori/trici, a tempo pieno
- N. _____ educatori/trici, part time al _____ %
- N. _____ educatori/trici, part time al _____ %
- N. _____ operatori/trici ausiliari, di cui N. _____ addetti/e alla cucina
_____ (specificare numero, qualifica)

È fatto obbligo all'esercente l'attività di comunicare all'ASL prima dell'inizio dell'attività i nomi degli operatori ed i titoli di studio dagli stessi posseduti ed autocertificare l'avvenuta ottemperanza all'obbligo di cui all'art. 2 del D. Lg.Vo n. 39 del 4 marzo 2014⁶.

AGIBILITA'

i locali sono agibili in quanto il Comune ha rilasciato certificato (prot. n. _____ in data _____) di agibilità per uso _____ e non sono state effettuate successive modifiche ai locali;

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. Non sono state effettuate successive modifiche ai locali;

oppure

non è noto il provvedimento del Comune di rilascio dell'agibilità e si allega quindi attestato di salubrità dell'immobile redatto da tecnico abilitato secondo fac-simile ASL

IMPIANTI

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) relativamente a

- impianto elettrico
- impianto riscaldamento
- impianto climatizzazione e condizionamento
- impianto ascensori, montacarichi, scale mobili
- impianto protezione antincendio
- impianto idrico sanitario
- impianto gas

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

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, sottoscritta da tecnico abilitato di accessibilità ai soggetti portatori di handicap usufruenti di sedia a ruote, secondo quanto stabilito dal D.P.R. n. 503/1996.

D. Lgs. 81/2008

Al fine del rispetto delle disposizioni normative in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro dovranno essere presenti e visionabili a richiesta:
VALUTAZIONE DEI RISCHI:

autocertificazione del datore di lavoro dell'avvenuta valutazione dei rischi (numero addetti inferiore a 10)

documento valutazione dei rischi (numero addetti superiore a 10)

piano emergenza

dichiarazione del datore di lavoro che tutti i luoghi rispondono ai requisiti previsti dal D.lgs 81/08

RISTORAZIONE Di aver presentato Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) al SUAP del Comune di _____ prot. _____ del _____ per l'affidamento dell'attività di gestione del Servizio di Somministrazione/preparazione pasti alimenti e bevande alla società _____

DICHIARA - i n o l t r e

di essere disponibile al coordinamento con la rete dei servizi per la prima infanzia ed al raccordo con i servizi sociali presenti sul territorio

di impegnarsi a registrare le presenze dei bambini su apposito registro recante anche il nominativo ed il numero di telefono del parente di riferimento

di impegnarsi ad esporre in modo visibile all'ingresso l'autorizzazione al funzionamento, il regolamento di organizzazione, l'orario di apertura giornaliero e le tariffe applicate

di impegnarsi a conservare presso la sede dell'attività i titoli di studio degli operatori ed il certificato del Casellario Giudiziale acquisito ai sensi dell'art. 2 del D. Lg.Vo n. 39 del 4 marzo 2014 ed a renderli disponibili – a richiesta – della Commissione di Vigilanza

di impegnarsi a non ospitare contemporaneamente più bambini rispetto al numero massimo dei bambini ospitabili indicato in autorizzazione

di impegnarsi a richiedere ai genitori⁹ dei bambini ospitati dichiarazione scritta (conservata presso la sede dell'attività per tutto il periodo della frequenza ed esibita - a richiesta - alla Commissione di Vigilanza dell'ASL) che il minore è stato regolarmente vaccinato e che non è affetto da malattie infettive e contagiose clinicamente accertate

di impegnarsi ad osservare leggi, decreti e regolamenti, vigenti o emanati quando il servizio sarà in funzione, relativi alla salute, alla sicurezza, ad aspetti amministrativi, assicurativi, sociali, contributivi, fiscali o comunque correlati all'attività svolta

di impegnarsi a comunicare all'ASL ogni variazione delle caratteristiche del servizio e gli estremi della polizza assicurativa R.C., ove non comunicati nell'ambito della presente richiesta.

ALLEGATI OBBLIGATORI ALL'ISTANZA

Copia fotostatica fronte retro di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità. La mancanza di tale documento comporta la non ammissibilità dell'istanza stessa.

Attestazione del pagamento dei diritti sanitari previsti dalla D.G.R n°42-12939 del 15/07/2004 (la causale e gli importi sono riportati nella nota sottostante)

<p>NOTA: PARERE IGIENICO-SANITARIO PER IL RILASCIO DELL’AUTORIZZAZIONE ALL’APERTURA DI ASILO NIDO/MICRO NIDO; importo: fino a 200 mq € 52,00; oltre € 104,00)</p> <p>da effettuarsi:</p> <p>- C/C POSTALE N. 11874286 INTESTATO A “AZIENDA SANITARIA LOCALE NOVARA” causale “SISP – PARERE ISTRUTTORIO” oppure</p> <p>- BONIFICO BANCARIO IBAN IT38U050341010900000000222 intestato ad “AZIENDA SANITARIA LOCALE NOVARA” causale “SISP – PARERE ISTRUTTORIO”</p>	
<p><input type="checkbox"/> N° 1 marche da bollo da 16,00 € da apporre una sulla domanda (o copia del titolo di esenzione dall’imposta di bollo)</p>	<p><input type="checkbox"/> N°2 copie delle <i>planimetrie quotate dei locali (piante prospetti, sezioni e layout di attrezzature e arredi) in scala 1:100 conformi alle concessioni e/o DIA licenziate timbrate e sottoscritte da tecnico abilitato, dal titolare dell’attività o dal LR del soggetto gestore, con indicate le superficie e le altezze, le destinazioni d’uso dei locali e le verifiche analitiche e separate dei R.A.I, la descrizione dei percorsi di accessibilità, di visitabilità e le relative aree o pertinenze esterne annesse.</i></p>
<p><input type="checkbox"/> schema orario del personale secondo il modello fornito dall’ASL</p>	
<p><input type="checkbox"/> copie relazione descrittiva igienico - sanitaria, con tabella riepilogativa dell’applicazione degli standard previsti dalla normativa regionale, per definire il numero dei bambini che possono essere accolti; 10</p>	<p><input type="checkbox"/> REGOLAMENTO INTERNO del servizio (<i>compresi gli eventuali allegati</i>), coerente con il progetto educativo, datato e firmato dal/la richiedente, comprendente i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>criteri per l’accettazione delle domande di iscrizione,</i> - <i>orario, calendario di funzionamento e rette a carico degli utenti,</i> - <i>n° di ore di frequenza massime giornaliere per bambini/e,</i> - <i>modalità per la tutela della salute dei/le bambini/e in comunità (autocertificazione vaccinazioni, procedure per: eventuale somministrazione farmaci, allontanamento, richiesta e attivazione di diete speciali, ecc...),</i> - <i>forme di partecipazione dei genitori all’attività del servizio,</i> - <i>strumenti previsti per la valutazione del servizio da parte dei genitori,</i> - <i>procedure per assicurare la tutela degli utenti (riferimenti polizza responsabilità civile, trattamento dati personali, autorizzazioni alla realizzazione di materiale fotografico o video, modalità previste per l’autorizzazione alle uscite didattiche e per la delega al ritiro dei/le bambini/e),</i> - <i>forme e strumenti di raccordo con i servizi socio educativi e sanitari del territorio e con il Comune;</i>
<p><input type="checkbox"/> copia del progetto educativo nel quale vi è coerenza tra finalità, obiettivi ed aspetti organizzativi, datato e firmato dal richiedente, che esplicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>finalità del servizio,</i> - <i>obiettivi educativi e di apprendimento,</i> - <i>descrizione e motivazione pedagogica della scelta organizzativa delle sezioni: gruppi omogenei o gruppi eterogenei (“verticali”);</i> - <i>inserimento del bambino al nido/micronido,</i> - <i>articolazione della giornata in relazione ai momenti di cura, ai bisogni educativi e di apprendimento dei bambini, specifica per ogni sezione,</i> - <i>spazi, loro organizzazione e materiali utilizzati in funzione dei momenti di cura, degli obiettivi educativi e di apprendimento e alla scelta organizzativa delle sezioni,</i> - <i>descrizione delle esperienze educative relative alle diverse aree di sviluppo dei bambini (motoria, comunicazione e linguaggi, cognitiva, affettivo – relazionale – sociale), diversificate secondo la scelta organizzativa delle sezioni,</i> - <i>partecipazione delle famiglie,</i> - <i>documentazione delle esperienze educative,</i> - <i>valutazione e verifica del servizio,</i> - <i>interventi di formazione ed aggiornamento del personale;</i> 	

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

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.

Data

Firma

.....

.....