



A.S.L. NO

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

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

Termine per la
risposta: 90 gg dalla
richiesta

Bollo
€ 16,00

*o copia del titolo di
esenzione
dall'imposta di bollo

MODULO RICHIESTA ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO

istanza di autorizzazione al funzionamento ex art. 27 L.R. 8/01/2004 n°1 s.m.i.

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.

ISTANZA 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)

Il sottoscritto

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ () C.A.P. _____ il _____

stato di nascita _____ cittadinanza _____

comune di residenza _____ () C.A.P. _____ indirizzo di residenza _____

_____ n° civico _____

telefono _____ cellulare _____ PEC _____

e.mail _____ C.F. _____

che agisce in qualità di titolare dell'attività;

che agisce in qualità di legale rappresentante della sottoindicata società/ente:

denominazione ente o ragione sociale e definire il tipo di società

_____ con sede legale a _____

in via _____ n° _____

C.F. / partita I.V.A. _____

telefono _____ fax _____ posta elettronica @ _____

posta elettronica certificata @ _____

*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

CHIEDE

il rilascio dell'AUTORIZZAZIONE, di cui all'art. 27 L.R. 8/1/2004 n. 1 e successive modifiche ed integrazioni, all'esercizio dei servizi e delle attività previsti dalla normativa vigente per la seguente tipologia di presidio: _____

della struttura denominata _____ con sede

OPERATIVA a _____ () C.A.P. _____

in via _____, n° _____

telefono _____ fax _____ posta elettronica @ _____

posta elettronica certificata @ _____

PER UNA RICETTIVITA' MASSIMA PREVISTA DI POSTI _____ COSI' RIPARTITI:

TIPOLOGIA	N° TOT POSTI	DI CUI:			
		N° NUCLEI	N°POSTI LETTO/NUCLEO	N° NUCLEI	N°POSTI LETTO/NUCLEO

a tal fine consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere titolare dell'omonima impresa individuale, iscritta al Registro delle Imprese presso la CCIAA di _____ n° _____ in data _____

OPPURE

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 _____ () indirizzo _____ cap. _____
_____ codice fiscale p. IVA (se diversa da codice fiscale)
iscrizione al Registro Imprese presso la CCIAA di _____ n° _____ in data _____
_____ PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria

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 ed a carico della ditta che rappresenta di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato, preventivo o di amministrazione controllata (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco di essi e di eventuali riabilitazioni
_____)

→ 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) _____

- che l'Agenzia delle Entrate territorialmente competente, per i necessari accertamenti in materia di obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse è:

Aut. 8Ter D.Lgs 502/92	<p><input type="checkbox"/> Di aver ottenuto l'autorizzazione ai sensi dell'art.8Ter, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. Con D.D. Regionale n° _____ del _____ limitatamente alle strutture per anziani (specificare):</p> <p><input type="checkbox"/> con possibilità di accreditamento <input type="checkbox"/> senza possibilità di accreditamento</p> <p>oppure</p> <p><input type="checkbox"/> 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 – ai sensi dell'art.8Te, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.</p> <p>oppure</p> <p><input type="checkbox"/> che nella fattispecie – per la tipologia di struttura – non è necessaria l'autorizzazione regionale alla realizzazione ai sensi dell'art.8Ter, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.</p>
AGIBILITA' E DICHIARAZIONE IMPIANTI	<p><input type="checkbox"/> I locali RISULTANO agibili in quanto il Comune di _____ ha rilasciato certificato (prot. N° _____ in data _____) di agibilità per uso _____ e non sono state effettuate successive modifiche.</p> <p><input type="checkbox"/> non è noto il provvedimento del Comune di rilascio dell'agibilità e si allega quindi attestato di salubrità dell'immobile redatto da tecnico abilitato</p> <p>PER GLI IMMOBILI CON AGIBILITA' RILASCIATA IN DATA ANTECEDENTE AL 1° GENNAIO 1995 (DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL D.P.R. 22 aprile 1994, n. 425) O NELL'IMPOSSIBILITA' DI COMUNICARE GLI ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI AGIBILITA'</p> <p><input type="checkbox"/> si allega relazione tecnica per la valutazione della sicurezza e della vulnerabilità di edifici esistenti ai sensi del D.M. 14/01/2008</p> <p><input type="checkbox"/> Per gli immobili con agibilità rilasciata in data antecedente al 1° gennaio 2002 (data di entrata in vigore del D.P.R. 6 giugno 2001 n° 380) o nell'impossibilità di comunicare gli estremi del suddetto provvedimento si allega dichiarazione (originale o in copia conforme all'originale) della conformità degli impianti presenti nell'unità immobiliare redatta dalla imprese installatrici (art. 7 comma 1 D.M 22 gennaio 2008 n°37) relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none">• IMPIANTO ELETTRICO• IMPIANTO DI RISCALDAMENTO/IDRAULICO• IMPIANTO CLIMATIZZAZIONE E CONDIZIONAMENTO• IMPIANTO ASCENSORI/MONTACARICHI/ SCALE MOBILI/MONTA SCALE• IMPIANTO A GAS• DICHIARAZIONE dell'avvenuta denuncia dell'impianto di messa a terra (D.P.R. n. 462/2001)• STATICITÀ• PRESENZA DI VETRI DI SICUREZZA O DOTATI DI PELLICOLA ANTI-FRAMMENTAZIONE• DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ, SOTTOSCRITTA DA TECNICO ABILITATO, ALLA NORMATIVA IN MATERIA DI SUPERAMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE AI SENSI DELL'ART.82 DEL D.P.R. N° 380/01 <p><input type="checkbox"/> 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</p>

INCENDI	<input type="checkbox"/> E' stato rilasciato in data _____ certificato di prevenzione incendi dal Comando provinciale dei VVFF con scadenza in data _____ oppure <input type="checkbox"/> è stata fatta segnalazione certificata di inizio attività ai sensi del D.P.R. 01/08/2011 n°151 con riferimento prot. VVFF n° _____ del _____ oppure <input type="checkbox"/> dichiarazione sottoscritta da tecnico abilitato attestante l'esenzione della presentazione del certificato su menzionato, 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 e s.m.i.
----------------	--

D. LGS. 81/2008	Al fine del rispetto delle disposizioni normative in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro dovranno essere presenti e visionabili NON VALUTABILI, a richiesta: <input type="checkbox"/> autocertificazione del datore di lavoro dell'avvenuta valutazione dei rischi(numero addetti inferiore a 10) <input type="checkbox"/> documento valutazione dei rischi (numero addetti superiore a 10) <input type="checkbox"/> piano emergenza <input type="checkbox"/> dichiarazione del datore di lavoro che tutti i luoghi di lavoro rispondono ai requisiti previsti dal D.lgs 81/08 <input type="checkbox"/> si allega dichiarazione del costruttore/fornitore che gli arredi ove prescritto, sono provvisti della marcatura CE a norma del D. Lgs. N. 46/97 sui dispositivi SANITARI
------------------------	---

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 _____
---------------------	---

ALLEGATI OBBLIGATORI ALL'ISTANZA

<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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
--	--

NOTA: Estratto della D.G.R n° 42-12394 del 15/07/2004
PARERE ISTRUTTORIO PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA DI R.S.A. E ALTRE STRUTTURE SOCIO SANITARIE E ASSISTENZIALI
FINO A 40 PL € 65,00
DA 40 PL A 60 PL € 104,00
OLTRE I 60 PL € 156,00
da effettuarsi:
- **ATTRAVERSO L'INVIO DELL'ISTANZA CON I DATI ANAGRAFICI SOCIETARI COMPLETI ALLA MAIL VIGILANZA@ASL.NOVARA.IT PER L'EMISSIONE DEL PAGO PA**

<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)	<input type="checkbox"/> N°2 copie delle 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 RA.I, la descrizione dei percorsi di accessibilità, di visitabilità e le relative
---	--

	aree o pertinenze esterne annesse.
<input type="checkbox"/> RELAZIONE TECNICA DESCRITTIVA DEI LOCALI DA CUI SI EVINCA CHE SONO RISPONDENTI ALLA NORMATIVA	<input type="checkbox"/> COPIA DEL REGOLAMENTO INTERNO DI FUNZIONAMENTO DELLA STRUTTURA

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

Luogo e data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(Timbro e firma)

Privacy – Informativa ai sensi dell'art. 13, D.Lgs n. 196/2003

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 i dati forniti saranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dal provvedimento regionale per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, compresa la creazione di archivi web, spedizioni per posta, fax ed e-mail di comunicazione