


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SERVIZIO VERIFICA, VIGILANZA E VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA | Codice procedimento: 3/VIGILANZA |
| | | Termine per provvedere: 90 gg dalla richiesta |
| | | Codice titolario: IV.5.02.02.01 Presidi Anziani IV.5.02.02.02 Presidi Disabili IV.5.02.02.03 Presidi Minori |

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Commissione Vigilanza

Bollo *
€ 16,00

* o copia del titolo di esenzione dall'imposta di bollo¹

**STRUTTURE SOCIALI, SANITARIE E SOCIO-SANITARIE
ACCREDITABILI.
ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO EX ART. 27
L.R. 8/1/2004 N. 1 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI**

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003 – 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). 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)

La/Il sottoscritta/o,

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| R I C H I E D E N T E | cognome _____ nome _____ |
| | nata/o il _____ comune di nascita _____ prov. _____ |
| | stato di nascita _____ cittadinanza _____ |
| | comune di residenza _____ prov. resid. _____ cap. _____ |
| | indirizzo residenza _____ n° _____ |
| | tel. _____ cellulare _____ @ _____ |
| | eventuale domicilio, se diverso dalla residenza (indirizzo) _____ |
| | comune del domicilio _____ prov. domic. _____ cap. _____ |
| Codice fiscale _____ | |

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:

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

STRUTTURE DI CUI ALLA D.G.R. 14 SETTEMBRE 2009, N. 25-12129, come rettificate per l'area anziani con D.G.R. 45-4248 del 30.7.2012

| AREA FUNZIONALE | TIPO DI STRUTTURA | REQUISITI STRUTTURALI RICHIESTI | REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| adulti | C.A.S.A. – Comunità Alloggio Socio Assistenziale | DGR 38-16335 del 29.6.1992 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 38-16335 del 29.6.1992 |
| adulti | C.R.R. - Comunità di Socializzazione e Reinserimento | DGR 38-16335 del 29.6.1992 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 38-16335 del 29.6.1992 |
| anziani | Piccole Residenze per Anziani autosufficienti | DGR 25-6772 del 21.07.2002 | DGR 25-6772 del 21.07.2002 |
| adulti/anziani autosufficienti | R.A.A. Residenza Assistenziale Alberghiera | DGR 38-16335 del 29.6.1992 ² D.M. 308 del 21.5.2001 DGR 43-4413 del 12.11.2001 | DGR 38-16335 del 29.6.1992 |
| adulti/anziani autosufficienti | R.A. Residenza Assistenziale | DGR 38-16335 del 29.6.1992 D.M. 308 del 21.5.2001 DGR 43-4413 del 12.11.2001 | DGR 38-16335 del 29.6.1992 |
| anziani autosufficienti | C.D. - Centro Diurno inserito in struttura | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2 – stessi requisiti strutturali dei C.D.I., ad esclusione del bagno assistito) | DGR 39-29311 del 7.2.2000 |
| anziani autosufficienti | C.D.A. - Centro Diurno autonomo | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2 – stessi requisiti strutturali dei C.D.I.A., ad esclusione di tutti i locali relativi all'area destinata alla valutazione ed alla terapia) | DGR 39-29311 del 7.2.2000 |
| adulti/anziani (totalmente o parzialmente) non autosufficienti | R.S.A. – Residenza Sanitaria Assistenziale | D.P.C.M. 22.12.1989 DCR 616-3149 del 22.2.2000 DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2) | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato1) |
| Anziani (totalmente o parzialmente) non autosufficienti | C.D.I. - Centro Diurno Integrato inserito in R.S.A. | DCR 616-3149 del 22.2.2000 DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2) | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato3) |
| Anziani (totalmente o parzialmente) non autosufficienti | C.D.I.A. - Centro Diurno Integrato Autonomo | DCR 616-3149 del 22.2.2000 DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2) | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato3) |
| adulti/anziani affetti da demenza | C.D.A.A. - Centro Diurno Alzheimer Autonomo | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2) | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato3) |
| adulti/anziani affetti da demenza | C.D.A.I. - Centro Diurno Alzheimer Integrato all'interno di R.S.A. | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2) | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato3) |
| adulti/anziani affetti da demenza | N.A.T. - Nucleo Alzheimer Temporaneo all'interno di R.S.A. | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2) | DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato 1 e 3) |
| disabili | R.A.F. tipo A – Residenza Assistenziale Flessibile di tipo A | DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | R.A.F. tipo B – Residenza Assistenziale Flessibile di tipo B | DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | R.A.F. Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo A | DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | R.A.F. Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo B | DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | Centro Diurno (già esistenti ante DGR 34/1997) | DGR 11-24370 del 15/4/1998 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | Centro Diurno Socio-Terapeutico con Nucleo di Residenza Notturno | DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | Comunità Alloggio Tipo A | DGR 147-23154 del 22.2.1993 DGR 11-24370 del 15.4.1998 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | Comunità Alloggio Tipo B | DGR 147-23154 del 22.2.1993 DGR 11-24370 del 15.4.1998 D.M. 308 del 21.5.2001 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | Gruppo Appartamento tipo A | DGR 34-23400 del 9.12.1997 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | Gruppo Appartamento tipo B | DGR 34-23400 del 9.12.1997 | DGR 230-23699 del 22.12.1997 |
| disabili | Gruppo Appartamento per Disabili Gravi Motori o Fisici | D.G.R. 42-6288 del 10.6.2002 | D.G.R. 42-6288 del 10.6.2002 |
| disabili | Comunità Familiare per Disabili Gravi | D.G.R. 42-6288 del 10.6.2002 | D.G.R. 42-6288 del 10.6.2002 |
| disabili | Comunità Socio-Assistenziale per Disabili Gravi | D.G.R. 42-6288 del 10.6.2002 | D.G.R. 42-6288 del 10.6.2002 |

² Il riferimento ai requisiti RAF deve intendersi fatto ai requisiti R.S.A. di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30/07/2012, ad eccezione del rapporto tra numero di posti letto per camera e relativi servizi igienici, che deve essere 1 servizio igienico ogni 2 posti letto.

STRUTTURE DI CUI ALLA D.G.R. 18 DICEMBRE 2012, N. 25-5079

| AREA FUNZIONALE | TIPO DI STRUTTURA | REQUISITI STRUTTURALI RICHIESTI | REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| minori | Comunità Educativa Residenziale | DGR 25-5079 del 18.12.2012 | DGR 25-5079 del 18.12.2012 |
| minori | Casa Famiglia per Minori | DGR 25-5079 del 18.12.2012 | DGR 25-5079 del 18.12.2012 |
| minori | Comunità genitore-bambino | DGR 25-5079 del 18.12.2012 | DGR 25-5079 del 18.12.2012 |
| minori (salute mentale) | Comunità Terapeutica per Minori (CTM) | DGR 25-5079 del 18.12.2012 DGR 22-8704 del 5.4.2019 | DGR 25-5079 del 18.12.2012 DGR 22-8704 del 5.4.2019 |
| minori (salute mentale) | Comunità Riabilitativa Psicosociale per Minori (CRP) | DGR 25-5079 del 18.12.2012 DGR 22-8704 del 5.4.2019 | DGR 25-5079 del 18.12.2012 DGR 22-8704 del 5.4.2019 |
| minori (centri diurni) | Centro Educativo per Minori (CEM) | DGR 25-5079 del 18.12.2012 | DGR 25-5079 del 18.12.2012 |
| minori (centri diurni) | Centro Aggregativo per Minori (CAM) | DGR 25-5079 del 18.12.2012 | DGR 25-5079 del 18.12.2012 |
| minori (centri diurni) | Centro Diurno Socio-Riabilitativo (CDSR) | DGR 25-5079 del 18.12.2012 | DGR 25-5079 del 18.12.2012 |
| utenza mista | Casa famiglia ad accoglienza mista | DGR 10-11729 del 13.7.2009 | DGR 10-11729 del 13.7.2009 |

STRUTTURE DI CUI ALLA D.G.R. 16 MAGGIO 2019, N. 43-8952

| AREA FUNZIONALE | TIPO DI STRUTTURA | REQUISITI STRUTTURALI RICHIESTI | REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI |
|-----------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|
| minori | Accoglienza Comunitaria | DGR 43-8952 del 16.5.2019 | DGR 43-8952 del 16.5.2019 e DGR 3-210 del 30.8.2019 |
| minori | Gruppo Appartamento | DGR 43-8952 del 16.5.2019 | DGR 43-8952 del 16.5.2019 e DGR 3-210 del 30.8.2019 |

STRUTTURE DI CUI ALLA D.G.R. 28 SETTEMBRE 2009, N. 63-12253

| AREA FUNZIONALE | TIPO DI STRUTTURA | REQUISITI STRUTTURALI RICHIESTI | REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| salute mentale | Centro di terapie psichiatriche | D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997, Allegato A, punto 4 | D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997, Allegato A, punto 4 |
| salute mentale | Centro diurno | D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997, Allegato A, punto 1 | D.C.R. n. 357-1370 del 28.1.1997, Allegato A, punto 1 |
| patologia delle dipendenze | STR (Struttura Terapeutico Riabilitativa) Residenziale | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 12 "A") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 12 "A") |
| patologia delle dipendenze | STR (Struttura Terapeutico Riabilitativa) semiresidenziale (8 ore die) | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 12 "C1") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 12 "C1") |
| patologia delle dipendenze | STR (Struttura Terapeutico Riabilitativa) semiresidenziale breve (4 ore die) | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 12 "C2") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 12 "C2") |
| patologia delle dipendenze | STR (Struttura Terapeutico Riabilitativa) Ambulatoriale | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 12 "D") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 12 "D") |
| patologia delle dipendenze | STS (Struttura di Trattamento Specialistico) Comunità riabilitativa socio-sanitaria di supporto alla funzione genitoriale in situazione di patologia da dipendenza | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "A") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "A") |
| patologia delle dipendenze | STS (Struttura di Trattamento Specialistico) Comunità riabilitativa socio-sanitaria di supporto alla coppia, con o senza figli, in situazione di patologia da dipendenza | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "B") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "B") |
| patologia delle dipendenze | STS (Struttura di Trattamento Specialistico) Comunità riabilitativa socio-sanitaria per minori, in situazione di patologia da dipendenza | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "C") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "C") |
| patologia delle dipendenze | STS (Struttura di Trattamento Specialistico) Centro crisi | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "D") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "D") |
| patologia delle dipendenze | STS (Struttura di Trattamento Specialistico) Comunità per comorbilità psichiatrica | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "E") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "E") |
| patologia delle dipendenze | STS (Struttura di Trattamento Specialistico) Struttura specialistica rivolta a persone affette da infezione HIV/AIDS (Casa alloggio AIDS) | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "F") | D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 (art. 13 "F") |

STRUTTURE DI CUI ALLA D.G.R. 19 SETTEMBRE 2016 n. 29-3944 e smi: utilizzare la modulistica presente sul sito della Regione Piemonte approvata con la D.D. n. 796 del 13 dicembre 2016 di cui al link: <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/component/phocadownload/category/204-revisione-della-residenzialita-psichiatrica.html>

| AREA FUNZIONALE | TIPO DI STRUTTURA | REQUISITI STRUTTURALI RICHIESTI | REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI |
|-----------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| salute mentale | SRP1 | DGR 29-3944 del 19.9.2016 e smi | DGR 29-3944 del 19.9.2016 e smi |
| salute mentale | SRP 2 livello1 | DGR 29-3944 del 19.9.2016 e smi | DGR 29-3944 del 19.9.2016 e smi |
| salute mentale | SRP 2 livello 2 | DGR 29-3944 del 19.9.2016 e smi | DGR 29-3944 del 19.9.2016 e smi |
| salute mentale | SRP 3 | DGR 29-3944 del 19.9.2016 e smi | DGR 29-3944 del 19.9.2016 e smi |

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 presso il comune di _____ prov. _____ cap. _____ |
| | indirizzo _____ n° _____ |
| | tel. _____ fax _____ @ _____ |

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

D I C H I A R A

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMPRESA / ENTE / SOCIETA' - TITOLARE | <input type="checkbox"/> di essere titolare dell'omonima impresa individuale, iscritta al Registro delle Imprese presso la CCIAA di _____ n° _____ i n data _____ |
| | @ _____ <small>PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria</small> |
| | <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 _____ |
| | p. IVA (se diversa da codice fiscale) _____ |
| iscrizione al Registro Imprese presso la CCIAA di _____ n. _____ in data _____ | |
| @ _____ <small>PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria</small> | |

| | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAUSE OSTATIVE | <input type="checkbox"/> l'assenza di condanne penali a proprio carico (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco delle stesse <i>(vanno autocertificate le condanne estinte, per le quali è intervenuta riabilitazione, quelle con il beneficio della non menzione, o relative a reati depenalizzati)</i> e di eventuali riabilitazioni: _____) |
| | <input type="checkbox"/> 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 _____) |

| | |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DISPONIBILITA' LOCALI | di avere la piena disponibilità dei locali destinati all'attività in quanto: |
| | <input type="checkbox"/> proprietario degli stessi <i>oppure</i> |
| | <input type="checkbox"/> locatario dell'immobile di proprietà di _____, come da contratto registrato a _____ in data _____ <i>oppure</i> |
| | <input type="checkbox"/> (altro) _____ |

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUT. 8 TER D.LG. VO 502/92 | <input type="checkbox"/> 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 (<i>specificare</i>): |
| | <input type="checkbox"/> con possibilità di accreditamento <input type="checkbox"/> senza possibilità di accreditamento <small>ex D.G.R. 18/12/2012 n. 36-5090</small> |
| | <i>oppure</i> |
| | <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 alla realizzazione – ai sensi dell'art. 8 ter, comma 3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. |
| | <i>oppure</i> |
| | <input type="checkbox"/> 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. |

| | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A G I B I L I | <input type="checkbox"/> i locali sono agibili in quanto il Comune di _____ ha rilasciato certificato (prot. n. _____ in data _____) di agibilità per uso _____ e non sono state effettuate successive modifiche ai locali; |
| | <i>oppure</i> |
| | <input type="checkbox"/> 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

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'

si allega relazione tecnica per la valutazione della sicurezza e della vulnerabilità di edifici esistenti ai sensi del D.M. 14/01/2008

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

I M P I A N T I

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

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 dell'art. 82 del D.P.R. N° 380/01.

I N C E N

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 _____

| | |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p><i>oppure</i></p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D.LG.VO 81/2008 | <p>si allega ai fini del rispetto delle disposizioni normative in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro:</p> <p><u>valutazione dei rischi:</u></p> <p><input type="checkbox"/> autocertificazione del datore di lavoro dell'avvenuta valutazione dei rischi (numero di addetti inferiore a 10);</p> <p><input type="checkbox"/> documento di valutazione dei rischi (numero di addetti superiore a 10);</p> <p><u>piano di emergenza:</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>dichiarazione del datore di lavoro</u> che tutti i luoghi di lavoro rispondono ai requisiti previsti dal D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.</p> |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| R I S T O R A Z I O N E | SE I PASTI VENGONO PREPARATI IN SEDE |
| | <p><input type="checkbox"/> di esercitare l'attività di ristorazione collettiva – assistenziale, come da _____ rilasciata in data _____ da _____</p> <p>al sig. _____ (<i>indicare gli estremi dell'autorizzazione o DIA o SCIA</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> i locali e l'autorizzazione non hanno subito successive modifiche</p> |
| | <i>oppure</i> |
| | <p><input type="checkbox"/> 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 l'attività di ristorazione collettiva – assistenziale all'ASL CN2 in data _____ prot. _____</p> |
| | <i>oppure</i> |
| | <p><input type="checkbox"/> di avere presentato all'ASL CN2 segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) prot. _____ in data _____ per l'affidamento al sig./società _____ della gestione del servizio di somministrazione di alimenti e bevande</p> |
| | SE CI SI AVVALE DI UN SERVIZIO CATERING |
| | <p><input type="checkbox"/> che la ristorazione è garantita per il tramite della ditta _____, sede legale _____ prov. _____ P.I.V.A. _____, come da _____ rilasciata in data _____ da _____ al sig. _____</p> <p>(<i>indicare gli estremi dell'autorizzazione o DIA o SCIA</i>)</p> |

| | |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASSICURAZIONI | <input type="checkbox"/> per l'attività è stata stipulata polizza assicurativa ³ n° _____ contratta il _____ da _____ presso la Compagnia assicuratrice _____ con scadenza il _____ <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> verrà stipulata polizza assicurativa per responsabilità civile derivante da danni cagionati dagli operatori ai soggetti frequentanti e da questi ad altri utenti, agli operatori ed ai terzi e che ne verranno comunicati gli estremi. |
| ARREDI | <input type="checkbox"/> si allega dichiarazione del costruttore/fornitore che gli arredi <ul style="list-style-type: none"> - 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 |

ALLEGATI OBBLIGATORI:

documento di identità del sottoscrittore in corso di validità

attestazione del pagamento dei diritti sanitari previsti dalla D.G.R. n. 42-12939 del 15/7/2004 4, (la causale e gli importi sono indicati nella nota sottostante) da effettuarsi:

- o presso le casse aziendali;
- o sul C.C. postale n. 11769122 intestato a: "A.S.L. CN2 Alba-Bra - servizio tesoreria";

n. 2 marche da bollo da € 16,00, da apporre una sulla domanda ed una sull'atto autorizzativo (o copia del titolo di esenzione dall'imposta di bollo⁵).

numero 2 copie 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;

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).

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

³ per danni cagionati dagli operatori a soggetti frequentanti ovvero da questi ad altri utenti od a terzi

⁴ Estratto della D.G.R. n. 42-12394 del 15/7/2004

| PARERE ISTRUTTORIO PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA DI R.S.A. E ALTRE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI E SANITARIE | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| FINO A 40 POSTI | € 65,00 |
| DA 40 A 60 POSTI | € 104,00 |
| OLTRE 60 POSTI | € 156,00 |

⁵ 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

l'emanazione del provvedimento amministrativo di rilascio del titolo autorizzativo.

Data

Timbro e firma
