



**SERVIZIO VERIFICA,
VIGILANZA E VALUTAZIONE
DELL'APPROPRIATEZZA**

Codice procedimento: 3/VIGILANZA
Termine per provvedere: 90 gg dalla richiesta
Codice titolario: IV.5.02.02.04 Presidi Socio-
Educativi 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

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ASILO NIDO
O MICRO NIDO**

NORMATIVA DI RIFERIMENTO:
ASILO NIDO L.R. 3/73 E DD.GG.R.
54-3346 DEL 08/06/1975 E 77-3869 DEL 07/07/1976
MICRO NIDO
D.G.R. N. 20-6732 DEL 25/11/2013

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 – 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.

La/Il sottoscritta/o,

RICHIEDENTE	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 _____	

C H I E D E

l'autorizzazione al funzionamento di un ASILO NIDO MICRO NIDO
di superficie utile complessiva di mq. _____² destinato ad ospitare
n. _____³ bambini, di età da 3 mesi a 3 anni, suddivisi in n. _____ lattanti e n.
_____ divezzi⁴

¹ Ai sensi dell' art. 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

S E D E	Il servizio denominato _____
	sarà ospitato presso ⁵ : _____
	indirizzo _____
	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),

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° _____ in 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>

² Superficie utile minima: ASILI NIDO: circa 12 mq. a bambino MICRO NIDO: circa 10 mq. a bambino (con possibilità di accorpate ed esternalizzare alcuni servizi generali. In entrambi i casi si tratta di un valore puramente indicativo. Per il dettaglio si rimanda alle disposizioni normative.

³ Per gli ASILI NIDO la capienza va da un minimo di 25 ad un massimo di 75; per i MICRO NIDO la capienza è di massimo 24 utenti.

⁴ Per gli ASILI NIDO il rapporto lattanti /divezzi deve essere di 1 a 4. Per i MICRO NIDO la presenza dei lattanti è eventuale e deve essere mantenuto lo stesso rapporto.

⁵ L'ASILO NIDO deve essere insediato in aree appositamente destinate e di norma al piano terreno. Il MICRO NIDO può essere insediato in a) aziende collocate in qualsiasi zona urbanistica, b) immobili destinati a servizi sociali ed educativi, c) in immobili ad uso abitativo (per il dettaglio si rimanda alle norme specifiche). Per entrambe le tipologie è richiesta l'assoggettabilità ai soggetti portatori di handicap secondo il D.P.R. 503/1996.

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 di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato, preventivo o di amministrazione controllata (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco di essi e di eventuali riabilitazioni _____)
-----------------------	---

P E R S O N A L E	<input type="checkbox"/> che all'interno della struttura presterà servizio il seguente personale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> N. 1 responsabile del servizio <input type="checkbox"/> N. 1 coordinatore/trice, pedagogico/a <input type="checkbox"/> N. 1 pediatra <input type="checkbox"/> N. _____ educatori/trici, a tempo pieno <input type="checkbox"/> N. _____ educatori/trici, part time al ____% <input type="checkbox"/> N. _____ educatori/trici, part time al ____% <input type="checkbox"/> N. _____ operatori/trici ausiliari, di cui N. _____ addetti/e alla cucina <input type="checkbox"/> Altri _____ _____ (specificare numero, qualifica) <p>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.</p>
--------------------------	---

ASSICURAZIONI	<input type="checkbox"/> che per l'attività è stata stipulata polizza assicurativa R.C. ⁷ n° _____ contratta il _____ da _____ presso la Compagnia assicuratrice _____ con scadenza il _____ <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> 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 ⁸ .
----------------------	---

⁶ all'assunzione del lavoratore, acquisizione del certificato penale del casellario giudiziale e, nelle more del rilascio di esso, di dichiarazione sostitutiva di certificazione (se datore di lavoro pubblico) o di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (se datore di lavoro privato) circa l'assenza, a carico del neo-assunto, di condanne riferite ai reati di prostituzione minorile, pornografia minorile, definizione di materiale pornografico, turismo per sfruttamento della prostituzione minorile e adescamento di minori.

⁷ per danni cagionati dall'esercente l'attività a soggetti frequentanti ovvero da questi ad altri utenti od a terzi

⁸ In questo caso è fatto obbligo all'esercente l'attività di comunicarne gli estremi all'ASL prima dell'inizio dell'attività

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) _____

AGIBILITA'	<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;
	<i>oppure</i>
	<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 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'
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> impianto elettrico
	<input type="checkbox"/> impianto riscaldamento
	<input type="checkbox"/> impianto climatizzazione e condizionamento
	<input type="checkbox"/> impianto ascensori, montacarichi, scale mobili
	<input type="checkbox"/> impianto protezione antincendio
	<input type="checkbox"/> impianto idrico sanitario
	<input type="checkbox"/> impianto gas
	<input type="checkbox"/> altro: _____
<input type="checkbox"/> altro _____	
<input type="checkbox"/> altro _____	
	<i>oppure</i>
	<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

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'
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> si allega ai fini del rispetto delle disposizioni normative in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro: <u>valutazione dei rischi:</u> <input type="checkbox"/> autocertificazione del datore di lavoro dell'avvenuta valutazione dei rischi <u>piano di emergenza:</u> <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.
-----------------------	--

E N O I Z A R O S I R	SE I PASTI VENGONO PREPARATI IN SEDE
	<input type="checkbox"/> di esercitare l'attività di ristorazione collettiva – assistenziale, come da _____ rilasciata in data _____ da _____ al sig. _____ (<i>indicare gli estremi dell'autorizzazione o DIA o SCIA</i>)
	<input type="checkbox"/> i locali e l'autorizzazione non hanno subito successive modifiche <i>oppure</i>
	<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. _____ <i>oppure</i>
	<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
	SE CI SI AVVALE DI UN SERVIZIO CATERING
	<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. _____ (<i>indicare gli estremi dell'autorizzazione o DIA o SCIA</i>)
	IN ENTRAMBI I CASI
	<input type="checkbox"/> i menù e le tabelle sono stati vidimati dal SIAN dell'ASL CN2 prot. n. _____ in data _____,

D I C H I A R A , inoltre

- 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
- 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.

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

⁹ È sufficiente che tale dichiarazione sia sottoscritta da uno dei genitori

ULTERIORI ALLEGATI OBBLIGATORI:

- fotocopia documento di identità del sottoscrittore
- attestazione del pagamento dei diritti sanitari previsti dalla D.G.R. n. 42-12939 del 15/7/2004, (causale: 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) 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 bollo¹⁰)
- schema orario del personale secondo il modello fornito dall'ASL
- n. 2 copie del progetto educativo nel quale vi è coerenza tra finalità, obiettivi ed aspetti organizzativi, datato e firmato dal richiedente, che esplicita:
 - *finalità del servizio,*
 - *obiettivi educativi e di apprendimento,*
 - *descrizione e motivazione pedagogica della scelta organizzativa delle sezioni: gruppi omogenei o gruppi eterogenei ("verticali");*
 - *inserimento del bambino al nido/micronido,*
 - *articolazione della giornata in relazione ai momenti di cura, ai bisogni educativi e di apprendimento dei bambini, specifica per ogni sezione,*
 - *spazi, loro organizzazione e materiali utilizzati in funzione dei momenti di cura, degli obiettivi educativi e di apprendimento e alla scelta organizzativa delle sezioni,*
 - *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,*
 - *partecipazione delle famiglie,*
 - *documentazione delle esperienze educative,*
 - *valutazione e verifica del servizio,*
 - *interventi di formazione ed aggiornamento del personale;*
- regolamento interno del servizio (*compresi gli eventuali allegati*), coerente con il progetto educativo, datato e firmato dal/la richiedente, comprendente i seguenti elementi:
 - *criteri per l'accettazione delle domande di iscrizione,*
 - *orario, calendario di funzionamento e rette a carico degli utenti,*
 - *n° di ore di frequenza massime giornaliere per bambini/e,*
 - *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...),*
 - *forme di partecipazione dei genitori all'attività del servizio,*
 - *strumenti previsti per la valutazione del servizio da parte dei genitori,*
 - *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),*
 - *forme e strumenti di raccordo con i servizi socio educativi e sanitari del territorio e con il Comune;*
- 2 copie della rappresentazione dello stato di progetto composto da piante, con l'indicazione delle destinazioni d'uso, in scala 1/100¹¹
- 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
- altro _____

¹⁰ Ai sensi dell' art. 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

¹¹ Tutti gli elaborati devono avere testalino, con firma di richiedente e professionista.