

	Pratica N°
Comune di <b>TERRE DEL RENO</b>	

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	

il/la sottoscritto/a(*)	
Nato a(*)	(Prov: )
il(*)	cod.Fiscale(*)
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	CAP(*) (Prov: )
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria(*)	
tel.(*)	fax
PEC (*)	

Le sezioni seguenti sono da compilare nel caso agisca per conto di altra persona fisica o giuridica  
da compilare in caso di **Legale rappresentante di società/Titolare di impresa individuale:**

a titolo di (*)	<input type="checkbox"/> TITOLARE DITTA INDIVIDUALE <input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE <input type="checkbox"/> ALTRO
Specifica:	
denominazione/ragione sociale(*)	
Con sede in(*)	(Prov: ) CAP.(*)
indirizzo(*)	
telefono	fax
eMail	
cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*)	P.IVA.
Iscrizione al Registro imprese di	num.
Codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza	

**da compilare in caso di Legale rappresentante di privato:**

a titolo di(*)	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante di minore <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di adulto interdetto <input type="checkbox"/> Altro
Specifica:	

Nome e cognome(*)			
Nato a (*)		(Prov: )	
Il (*)		Stato di nascita( *)	
cittadinanza(*)		cod.fiscale(*)	
Residente nel Comune di(*)		CAP.(*)	
		(Prov: )	
località/frazione			
indirizzo(*)			

**da compilare in caso di Rappresentante di altro ente/associazione - (inclusi enti no profit):**

Motivazione della rappresentanza(*)	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Delegato <input type="checkbox"/> Dipendente con rappresentanza		
Specifica:			
Dell'ente rappresentato(*)			
Con sede in(*)			CAP.(*)
indirizzo(*)			
località/frazione			
telefono		fax	
eMail			
cod.Fiscale o Identificativo Straniero(*)		P.IVA.	

regione

Numero iscrizione al  
registro regionale

**informazioni relative all'iscrizione al Registro regionale delle Persone Giuridiche:**

Descrizione qualifica	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> OPERATORE DI ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA <input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA
Specifica:	
Isritto all'albo	<input type="checkbox"/> Ordine dei Farmacisti <input type="checkbox"/> Ordine degli architetti <input type="checkbox"/> Collegio dei geometri <input type="checkbox"/> Ordine dei giornalisti <input type="checkbox"/> Ordine degli infermieri (di prossima attuazione) <input type="checkbox"/> Ordine dei geologi <input type="checkbox"/> Ordine dei consulenti del lavoro <input type="checkbox"/> Consiglio nazionale dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Collegio dei Periti Industriali <input type="checkbox"/> Albo dei dottori agronomi e dottori forestali <input type="checkbox"/> Albo unico dei promotori finanziari <input type="checkbox"/> Ordine dei medici <input type="checkbox"/> Ordine degli psicologi <input type="checkbox"/> Ordine dei dottori commercialisti <input type="checkbox"/> Ordine degli avvocati <input type="checkbox"/> Ordine dei notai <input type="checkbox"/> Ordine degli ingegneri <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Iscrizione all'albo non richiesta

<input type="checkbox"/> Iscrizione all'albo non richiesta			
Numero albo		Prov. Di Iscrizione	Data iscrizione
Ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro di essere stato delegato dall'impresa sotto indicata alla presentazione della presente			
<input type="checkbox"/> Istanza <input type="checkbox"/> Segnalazione <input type="checkbox"/> Comunicazione <input type="checkbox"/> Altro			
tramite			
sottoscritto il		Custodito presso	

**da compilare in caso di Professionista/associazione di categoria/altro soggetto munito di procura/in qualità di delegato dal procuratore (delegato dal procuratore SOLO per impianti radioelettrici per telefonia mobile):**

Descrizione qualifica:	<input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> OPERATORE DI ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA
------------------------	---

Per conto di :
----------------

**Da compilare nel caso il titolare sia Privato:**

Nome e cognome (*)			
Nato a(*)		(Prov: )	
Il (*)		cod.Fiscale (*)	
Residente in (*)		(Prov: )	CAP.(*)
Indirizzo (*)			

**da compilare nel caso il titolare sia Impresa (impresa individuale, società di persone, società di capitali, società cooperative):**

Denominazione/ragione sociale (*)			
Con sede in(*)		(Prov: )	CAP.(*)
indirizzo(*)			
telefono		fax	
eMail			
cod.Fiscale (*)		P.IVA.	
Provincia di iscrizione al registro imprese		num.	

**dati rappresentante legale o titolare**

Nome e cognome (*)			
Nato a(*)		(Prov: )	In data (*)
Residente a (*)		CAP.(*)	
Indirizzo (*)			

**OGGETTO**

***Scelte effettuate per la compilazione***

**INTERVENTI:**

- SCIA per l'esercizio di attività di casa famiglia per anziani o disabili/appartamenti protetti per anziani o disabili/gruppi appartamenti per anziani o disabili fino ad un massimo di 6 ospiti - AVVIO

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

## D I C H I A R A

**AI: TERRE DEL RENO**

### DICHIARAZIONE RELATIVA AI REQUISITI MORALI ART. 36 LR 11/2018

di:

essere gestore della casa famiglia/appartamento protetto/ gruppo appartamenti e possedere i requisiti di moralità previsti dall'art. 36 della LR 11/2018, cioè:*	( )
--	-----

NON aver riportato una condanna con sentenza passata in giudicato per delitto non colposo, per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concreto, una pena superiore al minimo edittale;

NON essere stato dichiarato delinquente abituale, professionale o per tendenza;

NON aver riportato una condanna con sentenza passata in giudicato a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, titolo V, VI, IX, XI, XII, XIII del codice penale;

NON essere stato sottoposto a una delle misure di prevenzione di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136), ovvero a misure di sicurezza;

N.B Si ricorda che il divieto di esercitare l'attività di gestione delle strutture sopra citate permane, ai sensi dell'art. 5 L.R. n11/2018, per la durata di cinque anni dal giorno in cui la pena sia stata scontata o, nel caso si sia estinta in altro modo, dalla data del passaggio in giudicato della sentenza, salvo riabilitazione;

che la gestione della Casa famiglia/appartamento protetto/ gruppo appartamenti è affidata al Sig./Sig.:*	( )
---	-----

(specificare)*	
----------------	--

che ha compilato la Dichiarazione del gestore di Casa famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti allegata alla presente SCIA

### ANTIMAFIA

che:

non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione previste art. 67 del D.lgs. 6/9/2011 n. 159 "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia"

N.B. In caso di società compilare anche l'allegato A

### DICHIARAZIONE SULLA DENOMINAZIONE DELLA CASA FAMIGLIA

che la Casa famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti ha la seguente denominazione:

denominazione*	
----------------	--

### DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE CARATTERISTICHE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE CASA FAMIGLIA

che le caratteristiche della Casa Famiglia sono le seguenti:

numero massimo (entro 6 unità) di utenti che possono essere ospitati nella sede*	[ ]
---	-----

il numero è:	
--------------	--

caratteristiche dell'utenza ospitata (esempio: anziani, disabili)*	[ ]
--	-----

sono:*	
--------	--

numero del personale che opera nella Casa Famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti*	[ ]
n°*	
i contratti di lavoro dei dipendenti e dei collaboratori rispettano le norme contrattuali, assicurative e previdenziali vigenti*	[ ]
qualifica del personale che opera nella struttura*	[ ]
Operatore Socio Sanitario (OSS)*	[ ]
n°*	
Operatore Socio Assistenziale*	[ ]
n°*	
Operatore Tecnico Assistenziale*	[ ]
n°*	
Addetto Assistenza di Base*	[ ]
n°*	
Educatore socio-sanitario o socio pedagogico (o altro titolo da normative precedenti)*	[ ]
n°*	
Assistente familiare*	[ ]
n°*	
Altre figure professionali*	[ ]
n°*	
Altri collaboratori*	[ ]
n°*	
Coordinatore responsabile del servizio, individuato dalla Casa Famiglia*	[ ]
Sig/ra:*	
modalità di accoglienza dell'utenza è (es: convenzionale con enti pubblici, rapporto diretto con gli utenti ecc)*	[ ]
Modalità:*	
retta richiesta agli ospiti e/o familiari (specificare se giornaliera o mensile)*	[ ]
Tipo:*	
eventuale partecipazione alla spesa di soggetti pubblici	[ ]
indicare quali:*	

#### DICHIARAZIONE SULL'ASSISTENZA AGLI UTENTI

che per quanto riguarda la necessaria assistenza agli utenti:

la Casa Famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti si avvale di figure professionali qualificate in grado di garantire, sia sotto il profilo organizzativo che sanitario, l'assistenza richiesta dal piano individuale, ovvero da qualsiasi altro strumento di cui si sia autonomamente dotata per garantire e dimostrare, anche in sede di verifica, l'organizzazione e l'assistenza idonea alle caratteristiche ed ai bisogni degli ospiti*	[ ]
la Casa Famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti predispone la Carta dei Servizi di cui all'art 13 del D. Lgs. n. 328/2000 da fornire agli ospiti al momento dell'ingresso, comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con individuazione delle prestazioni ricomprese, prevedendo le procedure, per assicurare la tutela degli utenti, anche in caso di emergenza sanitaria (ai sensi dell'Art. 6, punto 3 del D.M. del 21 maggio 2001, N. 308)*	[ ]
la Casa Famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti adotta un registro degli ospiti con l'indicazione dei piani individualizzati e predispone per ciascuno di essi una cartella aggiornata con i dati personali (ai sensi dell'Art 6, punto 4 del D.M. del 21 maggio 2001, N. 308), la diagnosi sulle condizioni psicosofisiche e le terapie adottate a firma del Medico Curante e dell'infermiere che somministra i farmaci (ai sensi del D.M. del 14 settembre 1994, N. 739)*	[ ]

#### LOCALIZZAZIONE UNICA STANDARD CON DATI CATASTALI

dichiara che l'immobile/gli immobili /unità immobiliare/i è:

sito in:

Comune*	
(via, piazza, ecc.)*	
n°*	
interno	
scala	
piano*	
cap*	
Frazione	
Fabbricati*	( )
Terreni*	( )
foglio*	
mappale*	
subalterno	
sezione	
sezione urbana	
avente categoria catastale	
destinazione d'uso	
Destinazione d'uso da piano comunale	

#### DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALLE VIGENTI NORME IN MATERIA EDILIZIA, URBANISTICA, IGIENICO-SANITARIA

che:

l'attività viene esercitata nel rispetto delle vigenti norme, prescrizioni e autorizzazioni in materia edilizia, urbanistica, igienico-sanitaria e di inquinamento acustico, sulla destinazione d'uso dei locali e degli edifici, nonché delle norme in materia di sicurezza e prevenzione incendi*	[ ]
---	-----

### COMUNICAZIONE VARIAZIONI

di:  
impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato

### SEGNALAZIONE DI APERTURA DI CASA FAMIGLIA / APPARTAMENTI PROTETTI PER ANZIANI O DISABILI/ GRUPPI APPARTAMENTI PER ANZIANI O DISABILI

di SEGNALARE l'avvio della seguente struttura:

casa famiglia*	( )
appartamento protetto per anziani o disabili*	( )
gruppi appartamenti per anziani o disabili*	( )

### ANNOTAZIONI EVENTUALI

che per maggior chiarezza, si precisa:

NON è necessaria nessuna nota aggiuntiva*	( )
per maggior chiarezza, preciso che:*	( )
(specificare)*	

#### Riepilogo oneri

Descrizione: TERRE DEL RENO - € 20,00	Importo: 20.0 €
<b>Totale oneri:</b>	<b>Importo: 20.0 €</b>

### CONDIZIONI

CONDIZIONE TRASVERSALE - Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	[ ]
CASA FAMIGLIA - GESTORE Il gestore della Casa famiglia per anziani o disabili/ appartamenti protetti per anziani o disabili/ gruppi appartamenti per anziani o disabile è persona diversa da chi presenta la SCIA	[ ]
CONDIZIONE TRASVERSALE - L' attività è svolta in forma societaria (da NON cliccare in caso di SRL unipersonali o con amministratore unico e di SAS con unico accomandatario)	[X]

**Ai fini dell'espressione degli atti di assenso si allega la seguente documentazione:**

AllegatoA_Soci
Carta dei Servizi (ai sensi dell'art. 13 della Legge N. 328/2000)
Registro degli utenti del servizio
Planimetria quotata dei locali, con individuazione del numero dei posti letto (casa famiglia)

#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, le informazioni sono reperibili al seguente link:

<https://auwordpress.lepida.it/informativa-privacy/>

Data presentazione: