**MODELLO B – S.C.I.A. servizi territoriali e domiciliari**

|  |
| --- |
| **All’Amministrazione Competente**  **Consorzio Sociale Agorà S10**  **Loc. Valle – 84020 Palomonte (Sa)** |
| **Pec: consorzioagoras10@pec.it** |

**Oggetto: Segnalazione certificata di inizio attività per servizi domiciliari e territoriali ricompresi nel “Catalogo dei servizi” Sez. B di cui al Regolamento Regionale 7 aprile 2014, n.04 “ Regolamento di attuazione della legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328)”.**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

**in qualità di Legale Rappresentante di:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione/Ragione Sociale |  |
| Natura Giuridica |  |
| Codice Fiscale |  |
| Partita IVA |  |
| sede legale in |  |
| Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| sede operativa in[[1]](#footnote-1) |  |
| Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

**Segnala l'Inizio delle Attività**

ai sensi dell' art.19 della L. 241/90, come modificato dalla L.122/10, e di quanto disciplinato dall'art. 7 del Regolamento Regione Campania n.04/2014 e del Regolamento del Consorzio Sociale Agorà S10 approvato con Deliberazione dell’Assemblea Consortile nr. 17 del 19.11.2020, della seguente tipologia di servizio, così come riportato nel “Catalogo dei servizi” – Sez. B - Servizi Territoriali e Domiciliari:

*(barrare la casella di interesse per il singolo servizio di cui si chiede l’autorizzazione)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***AREA DI INTERVENTO - PERSONE CON DISABILITA’*** |  |
| Servizio di Assistenza Scolastica |  |
| Progetti terapeutico riabilitativi sostenuti da budget di salute |  |
| ***AREE DI INTERVENTO - PERSONE ANZIANE E PERSONE CON DISABILITA’*** |  |
| Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari |  |
| Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani |  |
| Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per diversamente abili |  |
| Assistenza Domiciliare socio-educativa per minori e famiglie |  |
| Telesoccorso |  |
| ***AREA DI INTERVENTO - DONNE IN DIFFICOLTA’*** |  |
| Centri per le famiglie |  |
| Servizio di mediazione familiare |  |
| Laboratori di educativa territoriale |  |
| Centri Antiviolenza |  |
| ***AREA DI INTERVENTO - IMMIGRATI*** |  |
| Servizio di Mediazione culturale |  |
| ***AREA DI INTERVENTO - MULTIUTENZA*** |  |
| Segretariato Sociale |  |
| Telefonia Sociale |  |
| Trasporto Sociale |  |
| Unità Mobile di strada |  |
| Servizio di Pronto intervento sociale |  |

All’uopo, consapevole della responsabilità penale cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445, che i fatti, stati e qualità di seguito riportati corrispondono a verità,

# **DICHIARA**

* Il possesso dei requisiti comuni indicati dall’Articolo 7 del Regolamento di attuazione n. 4 del 07 Aprile 2014;
* il possesso dei requisiti specifici del Servizio riportati nell’allegato “B” del “Catalogo dei servizi” di cui alla D.G.R.C. n.107 del 23.04.2014, ovvero:

*Denominazione del servizio*

|  |
| --- |
|  |

*Tipologia del servizio*

|  |
| --- |
| *(Descrizione delle attività svolte)* |

*Ubicazione/localizzazione del servizio*

|  |
| --- |
|  |

*Capacità ricettiva massima*

|  |
| --- |
|  |

*Destinatari delle attività del servizio*

|  |
| --- |
| (indicare previsione numerica, tipologia di destinatari e modalità di individuazione degli stessi) |

*Prestazioni*

|  |
| --- |
|  |

*Organizzazione*

|  |
| --- |
|  |

*Personale*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Funzione svolta nel servizio | Titolo di studio e qualifica professionale*(specificare figure professionali I livello-II livello - III livello- IV livello)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* che il Soggetto che rappresenta è il prestatore del servizio del quale si segnala l'inizio delle attività;
* di non aver riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli II,IX, XI,XI,XII e XIII del codice penale, per i quali non è intervenuta la riabilitazione e non sussistono nei loro confronti cause di divieto, decadenza, sospensione ai sensi del 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);
* che non sussistono cause ostative di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
* che gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza (per ognuno, indicare nome,cognome, luogo e data di nascita, domicilio e incarichi ricoperti), sono:
  1. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  2. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  3. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*Oppure:*

* Che non vi sono altri amministratori muniti di poteri di rappresentanza;
* Il rispetto dei contratti di lavoro, degli inquadramenti professionali e delle norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;
* L’adozione della Carta dei servizi;
* La stipula della polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli ospiti, i dipendenti e i volontari;
* di essere in possesso, per i locali sede dell’attività, del certificato di agibilità rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che i locali in cui verrà svolta l’attività hanno una destinazione d’uso conforme comprovata da concessione edilizia/permesso per costruire/autorizzazione edilizia o della denuncia di inizio attività rilasciata dal Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che, quale datore di lavoro, è in possesso per l'intero personale impiegato, con contatti diretti e regolari con minori, di idoneo certificato del casellario giudiziale ai sensi dell'art.2 del Decreto Legislativo n. 39 del 4/3/2014;
* che sono stati attuati tutti gli interventi e le formalità per la sicurezza sui luoghi di lavoro;
* che sono stati attuati tutti gli interventi e le formalità per la prevenzione incendi;
* che sono stati attuati tutti gli interventi e le formalità in materia di igiene;
* che la capacità ricettiva massima del servizio è per nr.\_\_\_\_\_\_ persone;
* che il soggetto che rappresenta

**SI IMPEGNA:**

* a dare avvio alle attività dalla data di presentazione all’Amministrazione Competente della presente SCIA ;
* a dare comunicazione all'Amministrazione Competente di ogni eventuale variazione temporanea di uno o più elementi del servizio, entro 10 giorni dall'intervenuta variazione, specificandone la causa della variazione ed i tempi della sua permanenza;
* a dare comunicazione all'Amministrazione Competente, entro 10 giorni, di ogni eventuale sospensione o cessazione delle attività del servizio.

**Si allega la seguente documentazione, in n. 1 copia cartacea e n. 1 copia in formato digitale:**

1. Copia documento riconoscimento del richiedente;
2. Atto costitutivo e Statuto del Soggetto titolare ed eventuale Gestore;
3. Certificato di iscrizione C.C.I.A.A.;
4. Titolo di possesso della struttura (in caso di fitto dichiarazione di assenso del proprietario);\*\*
5. Certificato di collaudo statico;\*\*
6. Certificato di agibilità-abitabilità o perizia giurata asseverata, rilasciata da un professionista abilitato, circa la sussistenza delle condizioni per il rilascio del certificato dal parte del servizio comunale relativo all’intero immobile;\*\*
7. Dichiarazione di conformità (o certificato di collaudo) degli impianti tecnici (elettrico, idrico, riscaldamento, scarichi, ascensori etc.);\*\*
8. Certificato di Prevenzione incendi o dichiarazione che l'attività non è soggetta;
9. Parere di idoneità igienico-sanitaria del distretto ASL di competenza o, in alternativa, certificazione a firma di un tecnico abilitato, ai sensi dell’art.20 comma1 del DPR06/06/2001n.380 modificato dal D.Lgs. 27/12/2002 n.301, di conformità alle norme igienico-sanitarie;\*\*
10. Copia planimetria generale con localizzazione della struttura in scala1:1000;\*\*
11. Copia planimetria di dettaglio 1:100 con localizzazione di accessi e descrizione di tutto ciò che viene asseverato con relazione tecnica;\*\*
12. Copia planimetria quotata dei locali con specifica indicazione della destinazione d’uso degli stessi, con individuazione degli arredi e degli spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi adibiti ad uso privato degli ospiti, degli operatori e degli eventuali spazi verdi;\*\*
13. Relazione sullo stato delle emergenze a firma di un tecnico abilitato;\*\*
14. Dotazione organica del personale con specifica indicazione delle qualifiche, delle funzioni e dei titoli di studio di ciascuno;
15. C.V. del Coordinatore;
16. Carta dei Servizi (redatta ai sensi della DGRC n. 1835 del 20.11.2008);
17. Piano finanziario per la gestione del servizio;
18. Copia della polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli ospiti, i dipendenti e i volontari;
19. Documentazione attestante il rispetto dei contratti di lavoro, degli inquadramenti professionali e delle norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente (UNILAV e DURC).

*\* Gli elaborati grafici dovranno essere timbrati e firmati da un tecnico abilitato*

*\*\*N.B.: documentazione da allegare solo nel caso di servizi svolti in strutture da gestire e non presso terzi o domiciliari.*

**Luogo e data**

**Il Legale Rappresentante del Prestatore**

**(Timbro e firma)**

**AVVERTENZE:**

Potrà essere allegata ulteriore documentazione e/o certificazione, in originale o copia conforme, ritenuta utile.

Nei casi in cui il documento sia presentato in copia, il legale rappresentante attesterà la conformità degli atti all’originale, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e che gli stessi sono conservati presso la sede del Servizio, a disposizione per eventuali verifiche e ispezioni da parte dell’Amministrazione Competente.

***INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)***

**Da sottoscrivere per presa visione e consenso**

|  |
| --- |
| *Ai sensi dell’art. 13 del* *Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:*   * **Titolare e responsabile del trattamento**   Il Titolare del trattamento è **l’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10”**, nella persona del dott. Giovanni Russo, Direttore Generale, domiciliato per la carica in Palomonte, Loc. Valle, snc – 84020.   * **Finalità e liceità del trattamento**   Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l’espletamento del servizio.   * **Modalità di trattamento e conservazione**   Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.   * **Ambito di comunicazione e diffusione**   Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Piano Sociale di Zona S3 (ex S5) e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti per l’adempimento degli obblighi di legge.   * **Trasferimento dei dati personali**   I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.   * **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**   L’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.   * **Diritti dell’interessato**   In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:   1. chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali; 2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; 3. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; 4. chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali; 5. ottenere la rettifica dei dati; 6. proporre reclamo a un’autorità di controllo.   Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” – Località Valle, snc – 84020 Palomonte (SA) – pec: [consorzioagoras10@pec.it](file:///C:\Users\admin\Desktop\CONS.%20AGORA'\ATTI%20INTERNI%20AZIENDA\REGOLAMENTI%20AZIENDA%20CONSORTILE\regolamenti%20altri%20Enti\modelli%20B1\consorziosocialeagoras10@pec.it)  **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI**  **(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)**  Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **DICHIARA**  di aver preso visione dell’Informativa sull’uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all’espletamento del Servizio di cui al presente Avviso pubblico.  Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. È possibile aggiungere ulteriori celle in caso di più sedi operative sul territorio cittadino. [↑](#footnote-ref-1)