*Carta Intestata Ente*

All’Amministrazione Competente

Ambito C06, Comune Capofila Aversa

Al Coordinatore dell’Ufficio di Piano Ambito C06

Piazza Municipio, 1

81031 Aversa (Ce)

Pec: postacertificata@comuneaversa.it

Oggetto: Segnalazione certificata di inizio attività per servizi territoriali e domiciliari ricompresi nel Catalogo dei servizi del Regolamento Regionale n. 4 del 7 Aprile 2014 “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 |  |
| VIA/PIAZZA, N. |  |

**in qualità di Legale Rappresentante di:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE/RAGIONE  SOCIALE |  | |
| NATURA GIURIDICA |  | |
| CODICE FISCALE |  | |
| PARTITA IVA |  | |
| SEDE LEGALE IN |  | COMUNE: |
| VIA/PIAZZA, N. |  | CAP |
| TELEFONO - FAX |  | |
| E-MAIL |  | |
| SEDE OPERATIVA 1  IN |  | COMUNE: |
| VIA/PIAZZA, N. |  | CAP |
| TELEFONO - FAX |  | |
| E-MAIL |  | |
| Pec |  | |

1 È possibile aggiungere ulteriori celle in caso di più sedi operative sul territorio cittadino.

**SEGNALA L'INIZIO DELLE ATTIVITÀ**

ai sensi dell' ex art.19 della L. 241/90, come modificato dalla L.122/10, e di quanto disciplinato dall'art. 7 del Regolamento Regione Campania n. 4/2014 del servizio di seguito indicato:

*(barrare la casella di interesse)*

|  |  |
| --- | --- |
| Servizio di Assistenza Scolastica |  |
| Progetti terapeutico Riabilitativo sostenuti da budget di salute |  |
| Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari |  |
| Assistenza Domiciliare socio assistenziale |  |
| Centri per le famiglie |  |
| Servizio di Mediazione culturale |  |
| Servizio di Mediazione familiare |  |
| Segretariato sociale |  |
| Telefonia sociale |  |
| Telesoccorso |  |
| Trasporto Sociale |  |
| Unità Mobile di strada |  |
| Laboratori di Educativa Territoriale |  |
| Centri Antiviolenza |  |
| Servizio di pronto intervento sociale |  |

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;

A tal fine

**DICHIARA**

*sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:*

 di non aver riportato condanne definitive per delitti non colposi di cui al libro II, titoli II, IX, XI, XII, XIII del Codice Penale, per il quale non è intervenuta la riabilitazione e non sussiste nei suoi confronti causa 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);

 di rispettare le norme generali in materia di urbanistica, edilizia, barriere architettoniche,

sicurezza del lavoro, igiene e prevenzione incendi;

 di rispettare i contratti di lavoro, gli inquadramenti professionali e le norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;

 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 il servizio per il quale si presenta la SCIA è in possesso di tutti i requisiti previsti dal Regolamento Regionale n. 4/2014 e relativo Catalogo;

 di essere in regola con la posizione tributaria e contributiva;

si impegna

* a dare avvio alle attività entro dalla data di trasmissione della presente SCIA dandone contestualmente comunicazione con formale nota;
* a dare comunicazione all'Amministrazione di ogni eventuale variazione relativa ad uno o più elementi del servizio, entro 10 giorni dall'intervenuta variazione, specificandone la causa ed i tempi di permanenza;
* a dare comunicazione all'Amministrazione, entro 10 giorni, di ogni eventuale sospensione o cessazione delle attività del servizio;

- a trasmettere entro il 31 dicembre di ogni anno una dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/00 e ss.mm.ii. attestante la permanenza dei requisiti richiesti.

*Scheda Tecnica del Servizio*

*Denominazione*

*Tipologia del servizio*

(descrizione delle attività prestate)

*Personale*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Ruolo svolto nel servizio | Titolo di studio/qualifica professionale |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Destinatari delle attività*

(capacità ricettiva massima, tipologia di destinatari e modalità di individuazione degli stessi)

*Ubicazione/localizzazione*

Da compilare solo nel caso in cui l'immobile nel quale si svolge il servizio si intende adibirlo o è già sede di un servizio residenziale o semiresidenziale rientrante nelle tipologie previste dal Catalogo del Regolamento Regionale n. 4/2014.

Il soggetto rappresentante dichiara:

* di voler adibire o di aver adibito l'immobile a sede del seguente servizio residenziale o semiresidenziale: ;
* che ciascun servizio sarà dotato di proprio personale;
* che, in mancanza di spazi sufficienti a garantire il rispetto dei requisiti strutturali previsti dal Catalogo dei servizi del Regolamento Regionale n. 4/2014, lo svolgimento di entrambe le attività, laddove possibile, non dovrà ricadere nella medesima fascia oraria.

**Il sottoscritto è informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, D.Lgs n°101/2018 recante “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 679/2016”, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.**

Aversa, lì

Firma del Legale Rappresentante Timbro del Soggetto prestatore

ELENCO ALLEGATI

 Fotocopia del documento di identità

 Atto Costitutivo e Statuto del Soggetto Prestatore

 Copia della Carta dei Servizi

 Copia della polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli utenti, i dipendenti e i volontari

 Dichiarazione sostitutiva di ciascun componente degli organi direttivi del prestatore ai sensi del Reg.4/2014 art. 7 co. 1 lett. a ( fac-simile allegato)

Certificato di iscrizione agli Albi di riferimento e/o alla Camera di Commercio.