

# Al Settore/Ufficio SERVIZI SOCIALI del Comune di \_\_\_\_\_

**SEDE**

Il Richiedente  C.F.   
Nato/a a il  Tel.   
Residente in

Nella qualità di:  titolare della ditta individuale omonima  
 rappresentante legale della società denominata

Ragione sociale  P.I.   
Con sede legale in-via/piazza:

Delegato per l'attività è:  
Nome e Cognome   
C.F.  Nato/a a  il

In possesso della qualifica/titolo di studio di   
Conseguito presso

## C H I E D E

**A.** L'iscrizione all'Albo Comunale delle istituzioni assistenziali ai sensi dell'art. 27 della L.R. n. 22 del 09/05/86;

A tal fine, inoltre, 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 DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

### DICHIARA

- che i locali dove ha sede l'attività sono di proprietà del Sig. : \_\_\_\_\_ e di averne la disponibilità a titolo di proprietà/affitto o altro \_\_\_\_\_
- che i locali sono o saranno conformi alle prescrizioni e alle autorizzazioni in materia edilizia, urbanistica , igienico -sanitaria, sulla destinazione d'uso e sulla sicurezza

**ATTENZIONE:** in caso di dubbio sul possesso dei requisiti **NON** presentare la presente dichiarazione. Chiedere informazioni presso l'Amministrazione competente e/o i propri professionisti di fiducia

- che la struttura con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ assumerà la seguente denominazione \_\_\_\_\_

- di possedere i requisiti morali di cui al Decreto Legislativo 31/03/1998 n. 114 e cioè :

che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'allegato 1 del D.L. 8 agosto 1994 n. 490;

- in caso di società compilare anche l'allegato A " dichiarazione di altri soggetti (amministratori; soci) indicate all'art. 2 del DPR 252/1998 (per S.n.c. tutti; per S.P.A., s.a.s., S.r.l. tutti i legali rappresentanti), allegando copia del documento di riconoscimento in corso di validità dei soci relativi-.

**Si allega alla presente la seguente documentazione:**

1. n. 2 copie **planimetria** quotata dei locali in scala 1/100 completa di stralcio planimetrico in scala 1:500, firmate dall'interessato e da un tecnico abilitato, riportante la ripartizione tecnico funzionale degli ambienti, compresi eventuali spazi all'aperto

2. n. 2 copie <b>relazione</b> tecnico descrittiva dell'immobile e dei locali con indicazione dei materiali utilizzati, firmate dall'interessato e da un tecnico abilitato
3. <b>dichiarazione</b> circa il possesso dei requisiti morali e professionali previsti dalle norme vigenti sugli operatori, distinti per qualifica e mansioni all'interno della struttura (all. B ) -vedi nota 1 in calce per i requisiti professionali
4. <b>dichiarazione</b> sostitutiva dell'atto di notorietà con la quale venga dichiarata che la struttura opera al di fuori di qualsiasi rapporto convenzionale con la Regione ( all. D)
5. <b>progetto educativo</b> riportante, tra l'altro, i seguenti elementi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la capacità ricettiva della struttura;</li> <li>- n° degli operatori distinti nelle varie qualifiche ;</li> <li>- tabella dietetica settimanale tipo predisposta da dietista ;</li> <li>- la disponibilità e le modalità atte ad assicurare la necessaria assistenza sanitaria agli utenti;</li> </ul>

\_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_

**Il richiedente**

\_\_\_\_\_

Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto ovvero allegare fotocopia del documento di riconoscimento

1

1

- a) diploma di dirigente di comunità infantile rilasciato dall'istituto tecnico femminile;
- b) diploma di maturità magistrale rilasciato dall'istituto magistrale; c) diploma di scuola magistrale di grado preparatorio;
- d) diploma di maturità rilasciato dal liceo socio-psico-pedagogico; e) diploma di assistente di comunità infantile rilasciato dall'istituto professionale di Stato per assistente all'infanzia; f) diploma di maestra di asilo;
- g) diploma di operatore dei servizi sociali;
- h) diploma di tecnico dei servizi sociali;
- i) titolo di studio universitario conseguito in corsi di laurea afferenti alle classi pedagogiche o psicologiche; j) master di primo o secondo livello avente ad oggetto la formazione della prima infanzia;
- k) attestato di qualifica rilasciato dal sistema della formazione professionale per un profilo professionale attinente ai servizi per la prima infanzia.

**DICHIARAZIONE DI ALTRI SOGGETTI**  
**AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI MORALI**

**AII. A)**

*(a firma di tutti i soggetti che hanno potere di rappresentanza - D.P.R. 252/1998 Art. 2 comma 3)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M [ ] F [ ]  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Provincia ( \_\_\_\_\_ )  
Residenza: Provincia ( \_\_\_\_\_ ) Comune \_\_\_\_\_  
Via, piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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 DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti morali prescritti per l'esercizio dell'attività;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'allegato 1 del D.L. 8 agosto 1994 n. 490;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto ovvero allegare fotocopia del documento di riconoscimento

---

**AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI MORALI**

*(a firma di tutti i soggetti che hanno potere di rappresentanza - D.P.R. 252/1998 Art. 2 comma 3)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M [ ] F [ ]  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Provincia ( \_\_\_\_\_ )  
Residenza: Provincia ( \_\_\_\_\_ ) Comune \_\_\_\_\_  
Via, piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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 DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti morali prescritti per l'esercizio dell'attività;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'allegato 1 del D.L. 8 agosto 1994 n. 490;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso né provvedimenti amministrativi definitivi che non consentono l'esercizio o la continuazione dell'attività;

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto ovvero allegare fotocopia del documento di riconoscimento

**AI.B**

Il Richiedente  C.F.   
luogo+data di nascita telefono

Nato/a a il  Tel.   
Luogo+via/piazza - numero civico - scala - piano - interno di residenza

Residente in

Nella qualità di:  titolare della ditta individuale omonima  
 rappresentante legale della società denominata

Ragione sociale  partita IVA   
P.I.   
luogo sede legale - via/piazza - numero civico - scala - piano - interno - telefono

Con sede legale in-via/piazza:

**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 DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti**

**DICHIARA**

- che tutti gli operatori assunti sono in possesso dei requisiti morali e professionali previsti dalla vigente normativa:

**Elenco degli educatori:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_  
Titolo professionale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_  
Titolo professionale e qualifica \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_  
Titolo professionale e qualifica \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_

Titolo professionale e qualifica \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **All. C**

Il Richiedente  C.F.

luogo+data di nascita

telefono

Nato/a il  Tel.

Luogo+via/piazza - numero civico - scala - piano - interno di residenza

Residente in

Nella qualità di:  titolare della ditta individuale omonima  
 rappresentante legale della società denominata

Ragione sociale

partita IVA

P.I.

luogo sede legale - via/piazza - numero civico - scala - piano - interno - telefono

Con sede legale in-via/piazza:

**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 DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti**

### DICHIARA

Che la struttura denominata \_\_\_\_\_ con sede in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ opererà al di fuori di qualsiasi rapporto convenzionale con la Regione Siciliana.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

