



Comune di Modena

Settore Servizi sociali, sanitari e per l'integrazione

**DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURE
SOCIO-ASSISTENZIALI O SOCIO-SANITARIE
(DGR 564/2000 e ss.mm.ii)**

Al Dirigente del Settore Servizi Sociali,
Sanitari e per l'Integrazione

Comune di Modena

I __ sottoscritt__

nat__ a _____ il _____

in qualità di legale rappresentante di _____

(indicare il nome e la natura giuridica)

con sede in _____

(indicare l'indirizzo ed il recapito telefonico della sede legale)

Codice Fiscale/Partita IVA _____

iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____

E-mail _____ @ _____

PEC posta elettronica certificata _____ @ _____

soggetto gestore di (barrare una casella)

- ☐ centro diurno assistenziale per anziani
- ☐ comunità alloggio per anziani
- ☐ casa di riposo/casa albergo/albergo per anziani
- ☐ casa residenza per anziani non autosufficienti (CRA)
- ☐ centro socio-riabilitativo diurno per disabili
- ☐ centro socio-riabilitativo residenziale per disabili
- ☐ casa alloggio per malati di AIDS
- ☐ centro diurno per malati di AIDS
- ☐ comunità diurna per la salute mentale
- ☐ comunità alloggio per la salute mentale

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento della struttura sopra indicata, ai sensi della L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e della direttiva regionale di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 564 del 2000.

A tal fine dichiara che (ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000):

- la denominazione della struttura è _____

- l'indirizzo della struttura è _____
- il recapito telefonico della struttura è _____
- la struttura indicata ha una capacità ricettiva di n. POSTI _____
- il coordinatore responsabile è (indicare il nominativo) _____
- il responsabile delle attività sanitarie è (se sono previste attività sanitarie, indicare il nominativo del responsabile ed i titoli posseduti richiesti dalla legge) _____
- il responsabile del servizio protezione e prevenzione ai sensi del D.lgs. 81/2008 è: _____
(indicare il nominativo, se tale responsabile è previsto dalle norme vigenti)
- eventuali estremi della precedente autorizzazione al funzionamento rilasciata _____

(se si tratta di strutture oggetto di ampliamento o trasformazione (paragrafo 6. della direttiva regionale di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 564 del 2000):

- **di avere preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale protezione dati 2016/679 sul sito: <https://www.comune.modena.it/welfare/privacy>**

A tal fine allega:

- planimetria quotata dei locali della struttura, con l'indicazione della destinazione d'uso dei singoli ambienti;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante che la struttura rispetta la normativa vigente in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, prevista al paragrafo 6.1 Parte I "Disposizioni generali" della direttiva regionale n. 564 del 2000;
- copia del modello di cartella personale in uso presso la struttura;
- dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante del soggetto gestore indicante le qualifiche ed il numero del personale previsto per la struttura a regime;
- per le strutture residenziali: copia del regolamento o Carta dei Servizi adottata dalla struttura (con le caratteristiche indicate al paragrafo 6.1 Parte I "Disposizioni generali" della direttiva regionale n. 564 del 2000).

Nella domanda di autorizzazione al funzionamento per le tipologie "Comunità diurna per la salute mentale" e "Comunità alloggio per la salute mentale" il soggetto gestore dichiara inoltre:

- i giorni e l'orario di apertura del servizio delle Comunità diurne _____
- le ore di assistenza garantite giornalmente: h24 o fasce orarie (indicando gli orari) nelle Comunità alloggio _____

Luogo e data _____ Firma digitale _____

(Solo nel caso in cui non si possieda la firma digitale deve essere allegata alla domanda in formato pdf la fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore).

n. allegati _____

La domanda e la relativa documentazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo PEC:
casellaistituzionale046@cert.comune.modena.it