



## Comune di Modena

Settore Politiche Sociali, Sanitarie e per l'Integrazione

### DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA SOCIO-ASSISTENZIALE O SOCIO-SANITARIA (Direttiva 564/2000)

AL DIRIGENTE SETTORE POLITICHE SOCIALI SANITARIE E PER  
L'INTEGRAZIONE DEL COMUNE DI MODENA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato 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)

- 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.

Data Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( allegare carta d'identità)

n. allegati \_\_\_\_\_