Spett.le

**Azienda Speciale Consortile**

**“Isola Bergamasca – Bassa Val San Martino”**

Unità di valutazione delle offerte sociali (UVOS)

Via Bravi n. 16

24030 – Terno d’Isola (Bg)

e, p.c.

Spett.le

**ATS della Provincia di Bergamo**

Servizio Accreditamento Controllo Appropriatezza e Qualità

Via Gallicciolli n. 4

24121 – Bergamo

**Oggetto: Comunicazione Preventiva per l’esercizio delle strutture relative alle Unità d’offerta della rete sociale di cui all’art. 4 comma 2 della Legge Regionale n. 3/2008.**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |
| nato/a |  | il |  |
| codice fiscale |  |
| in via |  | n. |  |
| telefono |  | Indirizzo posta elettronica |  |
| codice fiscale |  |
| in qualità di legale rappresentante, nominato in data |  |
| dell’Ente/società/organizzazione denominata |  |
| natura giuridica |  |
| con sede legale a |  |
| in via |  | n. |  |
| telefono |  | fax |  |
| e-mail |  | PEC |  |
| sito internet |  |
| P.IVA |  | C.F. |  |
| data di costituzione/fondazione |  |

**comunica**

|  |
| --- |
| * la messa in esercizio di unità d’offerta (*anche nel caso di trasferimento in altra sede d’unità d’offerta esistente*)
 |
| * la variazione della capacità ricettiva dell’unità d’offerta
 |
| * la modifica tipologia Unità d’Offerta
* il cambiamento del soggetto gestore o del Legale Rappresentante
 |
|  |
| dell’Unità d’offerta Sociale denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| sita nel Comune di |  |
| in via |  | n. |  |
| telefono |  | fax |  |
| e-mail |  | sito internet |  |
| *solo nel caso di trasferimento in altra sede o di cambiamento del soggetto gestore:* |
| denominazione Unità di Offerta precedente |  |
| indirizzo Unità di Offerta precedente |  |
| ed adibita a: |
| * ASILO NIDO
 |
| * MICRONIDO
 |
| * CENTRO PRIMA INFANZIA
 |
| * NIDO FAMIGLIA
 |
| * CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE
 |
| * COMUNITÀ EDUCATIVA
 |
| * COMUNITÀ FAMILIARI
 |
| * ALLOGGIO PER L’AUTONOMIA
 |
| * CENTRO RICREATIVO DIURNO
 |
| * COMUNITÀ ALLOGGIO DISABILI
 |
| * CENTRO SOCIO EDUCATIVO
 |
| * SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL’AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI
 |
| * CENTRO DIURNO PER ANZIANI
 |
| * ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI
 |
| * *(indicare la denominazione di altre unità d’offerta individuate da provvedimenti di Giunta regionale)*
 |

**dichiara**

* +  che detta Unità d’Offerta è idonea ad accogliere un numero di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ utenti,
	+  che l’inizio delle attività decorrerà dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
	+ che l’immobile sede dell’unità di offerta è a disposizione per il seguente titolo:
* proprietà
* contratto di locazione stipulato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e registrato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso l’Agenzia delle Entrate di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

proprietario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* comodato gratuito stipulato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e registrato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso l’Agenzia delle Entrate di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

proprietario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* altro diritto d’uso (*specificare*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+  che il numero di ore di apertura giornaliera è di un totale di………. dalle ore …….alle ore……..
	+  che il numero di giorni di apertura a settimana è di un totale di …………(specificare giorni)
	+  che il numero di giorni di apertura all’anno è di un totale di ………….
	+  che la media giornaliera della retta (al netto dei servizi aggiuntivi) è di € ……….
	+  che il numero di operatori socioeducativi con laurea (Full Time Equivalente 36/38 ore settimanali) è di ………..
	+  che il numero di operatori socioeducativi con diploma/qualifica (Full Time Equivalente 36/38 ore settimanali) è di …… unità
	+  che il numero di personale ASA/OSS (Full Time Equivalente 36/38 ore settimanali) è di ……… unità.
	+  che il numero di volontari è di …… unità
	+  che il numero di altro personale non riconducibile alle figure precedenti è di ……… unità
	+  se COMUNITÀ EDUCATIVA per minori, i posti riservati su disposizione dell’Autorità giudiziaria sono….. unità
	+  che la destinazione d’uso dell’immobile sede dell’unità di offerta è compatibile con la destinazione della medesima;
	+ che il Referente dell’Unità di Offerta coincide con il Legale Rappresentante, *ovvero*è stato individuato

nella persona di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nome e cognome),*

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a far data da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* +  di essere in possesso di

|  |
| --- |
| * Certificato di iscrizione all’Albo delle imprese della Camera di Commercio (*oppure autocertificazione*)
 |
| * Certificato di iscrizione al registro delle persone giuridiche di diritto privato;
 |
| * Certificato di iscrizione all’Albo delle Cooperative presso la Prefettura (*oppure autocertificazione*);
 |
| * Certificato di iscrizione ai registri
 |

**si impegna**

a soddisfare tempestivamente e formalmente quanto previsto sulle linee guida circa il debito informativo a suo carico (*titolo 4 – 4.1 debito informativo dell’ente gestore – allegato a) decreto 1254 del 15/02/2010*);

**allega:**

|  |
| --- |
| * Autodichiarazione relativa al possesso degli standard previsti e al rispetto dei requisiti dalla normativa nazionale e regionale vigente;
 |
| * Certificato penale/dichiarazione sostitutiva del Legale Rappresentante;
* Certificato/dichiarazione sostitutiva carichi pendenti del Legale Rappresentante;
 |
| * Certificato anti-mafia/dichiarazione sostitutiva in base alla Legge n° 55/1990 art. 7 e al D.Lgs. n. 159/2011;
 |
| * Fotocopia carta identità del Legale Rappresentante.
 |

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per la Comunicazione preventiva di Esercizio sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dagli artt. 22 e 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati è l’Azienda Speciale Consortile “Azienda Isola”

Il Responsabile del Trattamento dei dati è il Responsabile Progettazione Sociale/Ufficio di Piano.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

IN FEDE

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(luogo e data) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(firma leggibile per esteso e timbro o firma digitale)* |