**Alla c.a**

**Comune di …………………………………**

**Alla c.a**

**Ufficio di Piano Ambito di Lodi**

**Oggetto: COMUNICAZIONE PREVENTIVA DI ESERCIZIO**

**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 a ……………………………………………………

il …../……/…../ CF: ……………………………………………

residente a………………………………………………………………….in via ……………………………………………………………………….

Tel…………………………………………………. Mail ……………………………………………………………………………………………………..

in qualità di legale rappresentante nominato in data …………………………………

dell’Ente/società/organizzazione denominata ………………………………………………………………………………….…………

natura giuridica ……………………………………………………………………. onlus SI □ NO □

con sede legale a ……………………………………………………………………in via…………………………………………………………….

Tel………………………………………………….……………. Mail ………………………………………………………………………………………

Pec ….………………………………………………………………………………………….

P.IVA ……………………………………………………………………….. C.F…………………………………………………………………………….

Sito web ……………………………………………………………………………………………………………

data di costituzione/fondazione ………………………………………………………………………………………….

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**COMUNICA**

**□** **L’APERTURA DI UNA NUOVA UNITÀ D’OFFERTA SOCIALE**

denominata ………………………………………………………………………. le attività inizieranno il ……………………………...

ubicata nel Comune di ……………………………………………………………………..

in Via ……………………………………………………………………………………………….... posti n° ………… (capacità ricettiva)

□ **IL TRASFERIMENTO IN ALTRA SEDE D’UNITA’ D’OFFERTA ESISTENTE**

Indirizzo precedente …………………………………………………………………………………

Nuovo indirizzo …………………………………………………………………………………….

Trasferimento decorre da ………………………

**□ LA VARIAZIONE DELLA CAPACITA’ RICETTIVA DELL’UNITA’ D’OFFERTA**

Indicare il numero di capacità ricettiva precedente ……………...

Nuova capacità ricettiva di n. …………………. utenti - decorre da ………………………

**□ LA TRASFORMAZIONE DI UNITA’ D’OFFERTA ESISTENTE**

Indicare l’Unità di Offerta precedente e sua denominazione ………………………………………………………….

La trasformazione decorre da ………….………………

**□ IL CAMBIAMENTO DEL SOGGETTO GESTORE**

Denominazione Soggetto Gestore precedente …………..…...………………………………………………………..

Cambiamento del Soggetto gestore decorre da …………………………..………

□ che i locali sono di proprietà dell’Ente

□ che i locali non sono di proprietà dell’Ente

Indicare l’unità d’offerta per la quale si sta presentando CPE:

□ Asilo Nido – DGR 2929/2020

□ Micronido – DGR 20588/2005

□ Centro Prima Infanzia – DGR 20588/2005

□ Nido Famiglia – DGR 20588/2005

□ Centro Aggregazione Giovanile

□ Comunità Educativa – DGR 20762/2005 (no mamme-bambino)

*genere utenza □ maschi □ femmine □ maschi e femmine*

*posti destinati al pronto intervento si □ no □*

□ Comunità Educativa Genitore e Figli – DGR 2857/2020 (mamme bambini)

□ Comunità Familiari – DGR 20762/2005

*genere utenza □ maschi □ femmine □ maschi e femmine*

□ Alloggio per l’autonomia di tipo Educativo – DGR 2857/2020

*genere utenza □ maschi □ femmine □ maschi e femmine*

□ Alloggio Autonomia Genitore e Figli – DGR 2857/2020 (mamme e bambini)

□ Centro ricreativo Diurno ***\**** *attenzione se il CRD è dislocato in più sedi occorre presentare 1 CPE per ogni sede –* DGR 11496/2010

*indicare la data della fine delle attività ---------------------------- e la fascia d’età dai ………….. anni ai ………….. anni*

*□* Centro Educativo Diurno – DGR 2857/2020

*genere utenza □ maschi □ femmine □ maschi e femmine*

□ Comunità Educative Diurne – DGR 2857/2020

□ Alloggi Protetti Anziani – DGR 11497/2010

□ Comunità Alloggio Disabili – DGR 20763/2005

□ Centro Socio Educativo – DGR 20763/2005

□ Servizio di Formazione all’Autonomia per Persone Disabili – 7433/2008

□ Centro Diurno per anziani

□ C.A.S.A – Comunità Alloggio Sociale per Anziani – DGR 7776/2018

A tal fine, presa visione della normativa vigente in materia e dei requisiti previsti, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

Che il Soggetto Gestore è iscritto:

□ all’Albo delle imprese della CCIAA

□ al registro delle persone giuridiche di diritto privato □ regionale n. ……..….…… del ……………..

□ prefettizio n. ……..……… del ……………..

□ all’Albo delle Cooperative □ regionale n. ……….......……… del ……………….

□ nazionale n. …….………......… del ……………….

□ al registro ONLUS presso …………….…………………………… (registrazione in data ………….……....)

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016**

I dati personali verranno trattati esclusivamente per la seguente finalità **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 che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.**

Il trattamento dei dati da parte del Titolare del trattamento avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza del trattamento previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16 (art. 32).

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla procedura.

L’interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è l’Azienda Speciale Consortile del Lodigiano per i Servizi alla persona Ente Capofila del Piano di Zona dell’Ambito di Lodi.

Il Responsabile del Trattamento ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del Regolamento UE 679/16 è il Direttore Generale dell’Azienda, ing. Giorgio Savino.

Il Responsabile Protezione Dati (DPO) dell’Azienda ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione del presente modulo, l’interessato presta il proprio idoneo consenso informato al trattamento dei dati per la finalità sopra indicata.

Allega:

□ Certificato carichi pendenti del Rappresentante Legale o autodichiarazione;

□ Certificato anti-mafia in base alla Legge n° 55/1990 art. 7 o autodichiarazione;

□ Dichiarazione sostitutiva Familiari conviventi;

□ Fotocopia carta identità del legale rappresentante

□ Autodichiarazione sul possesso degli standard previsti e sul rispetto dei requisiti dalla normativa nazionale e regionale vigente

□ copia della visura camerale

In fede

luogo e data Firma e Timbro

**All. 1 alla COMUNICAZIONE PREVENTIVA DI ESERCIZIO**

(compilazione obbligatoria per poter inserire la struttura nel portale AFAM di Regione Lombardia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PER APERTURA DI SERVIZI RESIDENZIALI** |  |  |  |  |  |  |  |
| Alloggio Autonomia/Alloggio protetto Anziani/Comunità Alloggio Disabili/Comunità Alloggio Sociale Anziani/  Comunità Educative e Familiari) | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **numero** |  |  |  |  |  |  |
| **Numero operatori socioeducativi con laurea (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero operatori socioeducativi con diploma/qualifica (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero personale ASA/OSS (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero volontari (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero altro personale non riconducibile con le figure precedenti (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\*FTE (Full Time Equivalent) = 36 -38 h/settimana* |  |  |  |  |  |  |  |
| es. 1 operatore a 36 ore e 2 operatori a 20 = FTE 2,11 |  |  |  |  |  |  |  |
| es. 1 operatore a 36 ore e 1 operatore a 20 = FTE 1,5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\* |  |  |  |  |  |  |  |
| **PER APERTURA SERVIZI DIURNI** |  |  |  |  |  |  |  |
| Asili Nido/Micronido/Nido Famiglia/Centro Prima Infanzia/Centro Aggregazione Giovanile/Centro Diurno Anziani/  CSE/SFA/Servizio Educativo Diurno) | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **numero** |  |  |  |  |  |  |
| **Numero operatori socioeducativi con laurea (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero operatori socioeducativi con diploma/qualifica (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero personale ASA/OSS (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero volontari (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero altro personale non riconducibile con le figure precedenti (FTE)** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\*FTE (Full Time Equivalent) = 36 -38 h/settimana* |  |  |  |  |  |  |  |
| es. 1 operatore a 36 ore e 2 operatori a 20 = FTE 2,11 |  |  |  |  |  |  |  |
| es. 1 operatore a 36 ore e 1 operatore a 20 = FTE 1,5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **numero** |  |  |  |  |  |  |
| **Numero di ore di apertura giornaliera** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero di giorni di apertura a settimana** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numero di giorni di apertura all’anno** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Retta media giornaliera al netto dei servizi aggiuntivi** | **€** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |