



Azienda Speciale Consortile A04

c/o Comune di Avellino
Piazza del Popolo, 1
Tel. 0825 200205 - 200544
PEC: protocollo@pec.ambitoa04.it - C.F.: 92107500644

Bollo da €. 16,00

All'Azienda Speciale Consortile A04

Ufficio di Piano
P.zza del Popolo
83100 AVELLINO

OGGETTO: SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA' esercizio servizi territoriali e domiciliari – art. 7 del Regolamento 7 aprile 2014 n. 4 di Attuazione della Legge Regionale 23 ottobre 2007 n. 11

Il sottoscritt _____

nat a _____ Provincia _____ il _____

residente a _____ Provincia _____ in Via/Piazza

_____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____ di cittadinanza _____

in qualità di titolare legale rappresentante della ditta/società _____

con sede legale a _____ Provincia _____

in Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

C.F. _____ P.IVA _____

Telefono _____ Fax _____ PEC _____

SEGNALA (segnalazione di inizio di attività art. 19 legge n. 241/1990)

come previsto dall'art. 7 del regolamento di cui in oggetto per le attività di cui alla Legge Regionale 23 ottobre 2007 N. 11, quale **prestatore del servizio**, le cui attività sono destinate a _____, ed ubicato nel Comune di _____ (AV) alla Via _____ n. _____, a partire dalla data di presentazione della presente, l'inizio dell'attività per il servizio di cui sopra rientrante nella sezione "B" del catalogo allegato al citato regolamento e nello specifico (*un solo servizio per domanda*):

	Area intervento	Denominazione		Area intervento	Denominazione
<input type="checkbox"/>	Persone con disabilità	SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA	<input type="checkbox"/>	Responsabilità familiari e diritti dei minori	PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI SOSTENUTI DA BUDGET DI SALUTE
<input type="checkbox"/>	Persone anziane e persone con disabilità	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI	<input type="checkbox"/>	Persone anziane e persone con disabilità	ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE

<input type="checkbox"/>	Persone anziane e persone con disabilità	TELESOCORSO	<input type="checkbox"/>	Donne in difficoltà	CENTRI PER LE FAMIGLIE
<input type="checkbox"/>	Donne in difficoltà	SERVIZIO DI MEDIAZIONE FAMILIARE	<input type="checkbox"/>	Donne in difficoltà	LABORATORI DI EDUCATIVA TERRITORIALE
<input type="checkbox"/>	Donne in difficoltà	CENTRI ANTIVIOLENZA	<input type="checkbox"/>	Immigrati	SERVIZIO DI MEDIAZIONE CULTURALE
<input type="checkbox"/>	Multiutenza	SEGRETARIATO SOCIALE	<input type="checkbox"/>	Multiutenza	TELEFONIA SOCIALE
<input type="checkbox"/>	Multiutenza	TRASPORTO SOCIALE	<input type="checkbox"/>	Multiutenza	UNITA' MOBILE DI STRADA
<input type="checkbox"/>	Multiutenza	SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE			

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Il possesso dei requisiti specifici indicati nel Catalogo per il servizio scelto e dei seguenti requisiti comuni:

- a) il legale rappresentante e i componenti degli organi direttivi del prestatore non sono stati condannati in via definitiva per delitti non colposi di cui al libro II, titoli II, IX, XI, XII e XIII del codice penale, per i quali non è intervenuta la riabilitazione e non devono sussistere nei suoi confronti cause di divieto, decadenza, sospensione ai sensi del decreto legislativo n. 159 del 2011;
- b) rispetto delle norme generali in materia di urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, sicurezza del lavoro, igiene e prevenzione incendi;
- c) rispetto dei contratti di lavoro, degli inquadramenti professionali e delle norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;

D I C H I A R A A N C O R A

Di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Di seguito, nel caso ove necessario, precisa (annotazioni importanti o specifiche inerenti trasferimento sede, variazioni, modifiche ecc.) che: _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- a) copia dell'atto costitutivo e dello statuto del prestatore se trattasi di soggetto del terzo settore o di azienda pubblica di servizi alla persona;
- b) elenco del personale e delle relative qualifiche e funzioni;

c) copia della carta dei servizi;

d) copia della polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli utenti, i dipendenti e i volontari;

e) relazione tecnica in cui venga presentato il progetto di gestione del servizio con particolare riferimento alla specifica di tutti gli elementi caratterizzanti il servizio stesso, così come previsti nella sezione "B" del catalogo dei servizi di riferimento;

f) copia documento riconoscimento;

g) Attestazione di pagamento dei diritti di segreteria per euro 64,50 tramite bonifico sul seguente IBAN: IT70W0514215100CC1426027682 intestato a "AZIENDA SPECIALE CONSORTILE A04" con causale "diritti segreteria SCIA LR 11/2007";

h) _____

_____/_____
luogo data

Firma
