

Spazio per il protocollo



**COMUNE DI SCICLI**  
Prov. di Ragusa  
Sportello Unico Attività Produttive  
S.U.A.P.  
SCIA - Strutture Sociali



SUAP Sportello Unico Attività Produttive  
Via Lume, 1  
97018 SCICLI

## 1. Dati generali dell'intervento

### 1.1 - Indirizzo dell'esercizio

### 1.2 - Titolare dell'esercizio

### 1.3 - Descrizione intervento

## 2. Specifiche relative all'attività

Il sottoscritto (nome e cognome)

I cui dati anagrafici completi sono contenuti nella dichiarazione autocertificativa unica

**DICHIARA**

Quanto contenuto nei seguenti quadri:

*N.B: In caso di variazioni in attività già esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione*

### 2.1 - Tipologia di struttura

Comunità di tipo familiare e gruppi di convivenza

Casa famiglia e gruppi di convivenza

Comunità di pronta accoglienza

Struttura residenziale a carattere comunitario

Comunità di sostegno a gestanti e/o madri con bambino

Residenze comunitarie diffuse per anziani

Comunità residenziali per persone con disabilità e per il "dopo di noi"

Comunità di accoglienza per minori

Comunità alloggio per anziani

Comunità per l'accoglienza di adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale

Struttura residenziale integrata

Comunità integrate per anziani

Comunità integrate per persone con disabilità e per il "dopo di noi"

Comunità integrate per persone con disturbo mentale

Comunità socio-educative integrate per minori

Struttura a ciclo diurno

Centro di aggregazione sociale

Centro socio-educativo diurno

Centro per la famiglia

<input type="checkbox"/> Struttura per la prima infanzia	<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia
	<input type="checkbox"/> Micronido
	<input type="checkbox"/> Micronido e Nido aziendale
	<input type="checkbox"/> Spazio bambini
	<input type="checkbox"/> Sezioni primavera sperimentali
	<input type="checkbox"/> Ludoteca e centro bambini e genitori
<input type="checkbox"/> Altro ( <i>indicare</i> )	
<b>2.2 - Specifiche della struttura</b>	
Specificare se trattasi di:	<input type="checkbox"/> Struttura già operante <input type="checkbox"/> Struttura in via di attivazione
Denominazione del servizio educativo ( <i>indicare di seguito la tipologia seguita dalla denominazione - es: Micronido Qui Quo Qua</i> )	
<b>2.3 - Tipologia delle prestazioni e servizi erogati</b>	
<b>2.3.1 - Riportare di seguito una descrizione dell'attività</b>	
<b>2.3.2 - Capacità ricettiva della struttura</b>	
<input type="checkbox"/> Struttura Non Residenziale	<input type="checkbox"/> Struttura Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Struttura Residenziale <input type="checkbox"/> Struttura per Prima Infanzia
Numero di camere	Numero dei posti letto complessivi      Numero massimo di bambini
<b>2.3.3 - Servizio mensa</b>	
<input type="checkbox"/> All'interno della struttura è prevista l'erogazione del servizio di mensa?	
<input type="checkbox"/> SI	<i>Allegare D.I.A. sanitaria</i>
<input type="checkbox"/> NO	Note:
<b>2.3.4 - Servizi sanitari</b>	
All'interno della struttura è prevista l'erogazione di servizi sanitari?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Struttura soggetta a titolo abilitativo di competenza regionale
	<input type="checkbox"/> Il titolo abilitativo è già stato acquisito
	Riportare estremi: <input type="checkbox"/> Il titolo abilitativo deve essere acquisito
<input type="checkbox"/> Struttura non soggetta a titolo abilitativo regionale	
<input type="checkbox"/> NO	Note:
<b>2.3.5 - Riportare di seguito una descrizione dei servizi sanitari erogati</b>	

<b>2.4 - Coordinatore responsabile della struttura</b>		
Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Firma per accettazione dell'incarico del coordinatore:		
<b>2.5 - Figure professionali impiegate</b>		
<b>1)</b> Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Ruolo all'interno della struttura		
<b>2)</b> Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Ruolo all'interno della struttura		
<b>3)</b> Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Ruolo all'interno della struttura		
<b>4)</b> Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Titolo di studio		
Conseguito presso		
In data	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°
Ruolo all'interno della struttura		

<b>5) Cognome</b>		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio			
Conseguito presso			
In data		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°	
Ruolo all'interno della struttura			
<b>6) Cognome</b>		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio			
Conseguito presso			
In data		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°	
Ruolo all'interno della struttura			
<b>7) Cognome</b>		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio			
Conseguito presso			
In data		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°	
Ruolo all'interno della struttura			
<b>8) Cognome</b>		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Titolo di studio			
Conseguito presso			
In data		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale	
Della Provincia di		Al n°	
Ruolo all'interno della struttura			
<b>2.6 - Dichiarazioni generali</b>			
<input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente			
<i>(solo per le strutture per la prima infanzia)</i>			
<input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente in materia			
<i>(solo per le strutture per la prima infanzia)</i>			
<input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di aver sottoscritto una polizza assicurativa a copertura dei rischi da infortuni o da danni subiti o provocati dai bambini accolti, dal personale o genitori			

## 2.7 - Allegati

SI	NO	Documento
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dichiarazione di conformità attestante la piena rispondenza della struttura alle vigenti norme e prescrizioni in materia igienico sanitaria, con particolare riferimento ai requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici richiesti dalle norme e direttive vigenti per la specifica tipologia di struttura
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Planimetria QUOTATA e arredata, sottoscritta in originale da tecnico abilitato, in scala 1:100 o 1:200 dell'esercizio, con evidenziate le superfici distinte per ambienti operativi di lavoro, sala d'attesa, servizi igienici e eventuali ambienti destinati ad uffici, archivi o magazzini, comprese le pertinenze
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relazione tecnica nella quale si riportano dettagliatamente le indicazioni circa il rispetto dei parametri indicati nelle normative vigenti, relativamente ai requisiti minimi generali per le strutture sociali e ai requisiti specifici per le singole tipologie di strutture
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relazione sintetica di presentazione della struttura riguardante l'organizzazione, la tipologia e i volumi delle prestazioni, l'organigramma e la dotazione organica comprensiva dei titoli di studio e di specializzazione posseduti del personale, compresi i relativi certificati dell'eventuale iscrizione all'albo, ruolo o ordine professionale di competenza.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Documento programmatico sulla sicurezza della privacy (legge n. 675 del 31 dicembre 1996 e s.m.i.).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Copia documento di identità in corso di validità di ognuna delle persone che rendono e sottoscrivono dichiarazioni
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In caso di cittadini extracomunitari, fotocopia di valido permesso di soggiorno
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>(SOLO PER LE STRUTTURE PER LA PRIMA INFANZIA)</b> <input type="checkbox"/> Copia dell'atto costitutivo e dello statuto <input type="checkbox"/> Tabella dietetica approvata dal Servizio Igiene degli alimenti della ASL ( <i>per strutture con servizio mensa</i> ) <input type="checkbox"/> Regolamento interno <input type="checkbox"/> Indicazione dei mezzi economici destinati allo svolgimento dell'attività istituzionale e la loro provenienza <input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D. Lgs 81/08 in materia di prevenzione e protezione sui luoghi di lavoro

## 3. Data e firma

Luogo e data

Firma dell'interessato