



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità

Assessorato alla Sanità
Settore Servizi alla Persona
Servizi Politiche Sociali, Sanitarie e Abitative
U.O. Politiche Sanitarie

SCHEDA TECNICA

Autocertificazione dei soggetti gestori di Strutture paragrafo 3 DGR n. 564/00 e s.m.i.
operanti sul territorio del Comune di Ferrara - non soggette all'obbligo dell' Autorizzazione al funzionamento

Modello B)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome	Nome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita <input type="text"/>	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Stato <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>	Cittadinanza <input type="text"/>
Luogo di nascita: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/Piazza, ecc. <input type="text"/>	N. Civ <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
Residenza: <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>	E- m@il <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>
PEC <input type="text"/>		

In qualità di: Titolare della struttura Rappresentante legale della società
 Altro _____ Avente titolo quale _____

C.F. <input type="text"/>	P. IVA (se diversa da C.F.) <input type="text"/>
Denominazione o ragione sociale (in caso di società) <input type="text"/>	
con sede nel Comune di <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>
Via, piazza <input type="text"/>	N° civico <input type="text"/> CAP <input type="text"/>
N. di iscrizione al R.I. (se già iscritto) <input type="text"/>	della CCIAA <input type="text"/> Tel. <input type="text"/>
PEC <input type="text"/>	
e-mail <input type="text"/>	
TIPOLOGIA ATTIVITA' SOCIO ASSISTENZIALE: precisare la tipologia, ossia se si tratta di: appartamenti protetti, gruppi appartamento per anziani e disabili, o case famiglia.	
<input type="checkbox"/> Ubicata in Ferrara – Via _____ n. _____ Denominazione: _____	

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in applicazione dell'art. 38 del DPR n. 445/00, nell'ipotesi che la sottoscrizione non avvenga dinanzi all'impiegato addetto alla ricezione della comunicazione..

Spazio riservato all'ufficio

Io sottoscritto _____ dichiaro, ai sensi dell'art. 38 DPR n. 445/2000, che il dichiarante
Sig./ra _____ la cui identità mi risulta da _____ rilasciata il
_____ dall'Ente _____ ha apposto in mia presenza la propria firma sul presente modulo.

Firma dell'incaricato

IL SOTTOSCRITTO VISTI GLI ARTT. 46 e/o 47 DPR n.445/2000

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le mendaci dichiarazioni e la formazione o uso di atti falsi (Art.76, DPR n.445/2000), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, DPR n.445/2000)

DICHIARA CHE :

non sussistono nei propri confronti “cause divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 – vedi D.Lgs. 159/2011 art.67 (antimafia) ”¹

L’immobile dove viene effettuata l’attività socio-assistenziale è dotato di:

Se l’immobile era già civile abitazione deve avere o un certificato di conformità edilizia
 rilasciato dopo il 20/11/1987 o effettuare una verifica statica/collaudato statico;

Se l’immobile deve effettuare dei lavori strutturali o prevede un cambio di classe d’uso (es. da rurale a civile abitazione) deve fare una valutazione della sicurezza sismica ed effettuare il deposito del progetto strutturale ai sensi delle NCT di cui al DM 14/01/2008

La struttura è situata in Via _____;

Villetta mono familiare

bifamiliare

in appartamento condominiale: Al piano terreno

rialzato

al piano n _____

altro _____

La struttura si impegna a provvedere all’adeguamento degli spazi sia interni che esterni qualora ospiti il cui piano assistenziale ovvero il cui stato di salute richieda, per l’effettiva erogazione dei servizi offerti, il superamento delle barriere architettoniche;

Gli arredi sono conformi a quanto in uso nelle civili abitazioni e adeguati per funzionalità e numero alla tipologia degli ospiti;

La struttura opera nel rispetto della normativa vigente;

La struttura opera nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i. relative alla sicurezza sui luoghi di lavoro e alla salute dei lavoratori durante il lavoro;

La struttura opera nel rispetto delle disposizioni di cui alla Legge n. 46/90 - L.248/05 e al D.M. 37/08 s.m.i. relative alla sicurezza degli impianti elettrici, termici idrosanitari e condizionamento;

¹ Nel caso di Società, tutte le altre persone di cui al D.Lgs. 159/2011 rendono una dichiarazione apposita, allegando il modulo “Dichiarazione di altre persone (Amministratori, Soci)”.

- La struttura garantisce la verifica dell'impianto di messa a terra ai sensi del DPR n. 462/01 ed è in possesso di certificazione di conformità dell'impianto termico (se potenzialità uguale o inferiore a 35 kW) o collaudo ISPEL o domanda di collaudo (per potenzialità superiori);
- La struttura ha predisposto un piano/procedura (vedi DGR 1423/2015) che definisce l'organizzazione e le azioni degli operatori in caso di emergenza tecnologica, ambientale correlata ad eventi naturali (terremoti, alluvioni, incendi, ecc.). Il Responsabile nominato è il Sig. _____

L'attività socio-assistenziale della struttura è erogata nel rispetto di quanto segue:

- La capacità ricettiva complessiva è di n. _____ (DM 21 maggio 2001 n. 308 – DGR 564/00);
- I contratti di lavoro dei dipendenti e dei collaboratori rispettano le normative contrattuali, assicurative e previdenziali di settore conformi alle leggi vigenti sul territorio nazionale;
- La necessaria assistenza sanitaria agli utenti è affidata:
 - al Dott. _____ avendone acquisito l'accettazione dai singoli ospiti ;
 - al Medico di Medicina Generale di libera scelta di ciascun ospite ;
- La struttura accoglie solo gli ospiti previsti dalla DGR 564/00 e s.m. a bassa intensità assistenziale ed in condizioni di autosufficienza o di lieve/media non autosufficienza;

La struttura si avvale di figure professionali qualificate in grado di garantire, sia sotto il profilo organizzativo che sanitario, l'assistenza richiesta dal piano assistenziale individuale, ovvero da

- qualsiasi altro strumento di cui la struttura si sia autonomamente dotata per garantire e dimostrare, anche in sede di verifica, l'organizzazione e l'assistenza idonea alle caratteristiche ed ai bisogni degli ospiti;
- La struttura individua come coordinatore responsabile il Sig. _____;
- La struttura garantisce un'adeguata assistenza infermieristica per la eventuale somministrazione delle specialità medicinali. (ai sensi del DM del 14 settembre 1994 n. 739);

La struttura predisponde la Carta dei Servizi di cui all'art 13 del Dlgs n. 328/2000 e dall'art. 6 del

- Regolamento Comunale in materia da fornire agli ospiti al momento dell'ingresso in Casa famiglia, comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con individuazione delle prestazioni ricomprese.
- La struttura adotta un registro degli ospiti.

TUTELA DATI PERSONALI Il sottoscritto dichiara di essere informato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 in ordine al trattamento dei dati personali così come specificato nell'informativa allegata al modello SCIA per l'attività in oggetto.

Ferrara li _____

Firma _____