



Marca da
bollo

Al Responsabile SUAP
Via della Pineta 117
00040 Rocca Priora RM
servizio.suap@pec.cmcastelli.it

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA, ALL'AMPLIAMENTO, ALLA
TRASFORMAZIONE ED ALLA CESSAZIONE DELLE STRUTTURE CHE
PRESTANO SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI**

L.R. n. 38/1996 – L.R. n. 41/2003, Reg. Reg. n. 2/2005, le DGR Lazio n. 1304 e 1305/2004

Al Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(____) il _____ Sesso ☐ M ☐ F - nazionalità _____ residente a
_____ in via _____

n° _____ int. _____ Tel.: _____ Tel. cell. _____ PEC

C.F. _____

nella sua qualità di _____

☐ TITOLARE DELL'OMONIMA IMPRESA;

☐ RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA SOCIETÀ/ASSOCIAZIONE/ALTRO _____

con sede legale in _____ Via _____

n° _____ C.F./P. IVA: _____

CHIEDE

Il rilascio del titolo autorizzativo per:

☐ Nuova Apertura

☐ Apertura per Cessione di Azienda o Ramo di Essa;

☐ Trasferimento: ☐ in altro luogo nell'ambito dello stesso Comune ovvero ☐ in altro Comune

☐ Cessazione ☐ definitiva ovvero ☐ Unità locale

Per le sottostanti tipologie:

☐ **STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE**

☐ **STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI**

- ☐ Casa Famiglia (fino ad un massimo di sei utenti di età non superiore ad 11 anni è possibile accogliere, in aggiunta ulteriori due minori);
- ☐ Gruppo appartamento (fino ad un massimo di dodici minori di età compresa tra gli 11 ed i 17 anni utenti di età non superiore ad 11 anni è possibile accogliere, in aggiunta ulteriori due minori)
- ☐ Comunità educativa di pronta accoglienza (con capienza fino ad un massimo di 12 minori).

☐ **STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ADULTI CON DISABILITA'**

- ☐ Casa Famiglia per adulti con disabilità (fino ad un massimo di otto ospiti);
- ☐ Comunità Alloggio per adulti con disabilità (tra le sette e le venti persone disabili adulte organizzate in gruppi di massimo 10 persone per ogni modulo);
- ☐ Strutture a ciclo semiresidenziale per adulti con disabilità.

☐ **STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI**

- ☐ Casa Famiglia per anziani (fino ad un massimo di sei anziani);
- ☐ Comunità Alloggio per anziani (ospitano tra le sette e le venti persone)
- ☐ Casa di Riposo per anziani (ospitano non più di ottanta persone);
- ☐ Casa Albergo per anziani (ospitano non più di ottanta persone);
- ☐ Strutture a ciclo semiresidenziale per anziani (fino ad un massimo di trenta persone).

☐ **STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI**

- ☐ Casa famiglia per persone con problematiche psicosociali (fino ad otto ospiti);
- ☐ Comunità Alloggio per persone con problematiche psicosociali (fino a venti persone);
- ☐ Comunità di pronta accoglienza con problematiche psicosociali (fino ad un massimo di venti persone organizzati in più gruppi dei quali al massimo 10 persone);
- ☐ Strutture a ciclo semiresidenziale per persone con problematiche psicosociali (fino ad un massimo di trenta persone).

☐ **STRUTTURE RESIDENZIALI PER DONNE IN DIFFICOLTA'**

- ☐ Casa Famiglia per donne in difficoltà (fino ad un massimo di otto ospiti – nel computo degli ospiti non sono considerati i bambini fino ai tre anni di età);
- ☐ Comunità Alloggio per donne in difficoltà (fino ad un massimo di venti utenti organizzati in più gruppi dei quali al massimo 10 persone – nel computo degli ospiti non sono considerati i bambini fino ai tre anni di età);
- ☐ Programmi di semiautonomia per donne in difficoltà (nuclei abitativi familiari che accolgono fino ad un massimo di sei ospiti - nel computo degli ospiti non sono considerati i bambini fino ai tre anni d'età).

☐ ALTRO

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI EROGATI

Riportare di seguito una descrizione sintetica dell'attività

--

Capacità ricettiva della struttura

☐ STRUTTURA RESIDENZIALE

☐ STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE

Numero totale delle Camere

Numero dei posti letto complessivi

Numero delle Camere singole

Numero delle Camere doppie

Servizio mensa: Il servizio mensa all'interno della struttura è obbligatorio per il funzionamento delle strutture a ciclo residenziale di tipo comunitario, per le strutture a ciclo semiresidenziale, per i servizi di mensa sociale e di accoglienza notturna, dei centri diurni e per le case di riposo per anziani.

Nei casi in cui venisse svolto il servizio di mensa è obbligatorio allegare alla presente richiesta la SCIA Sanitaria della ASL competente per territorio e la SCIA di Somministrazione di alimenti e bevande non aperta al pubblico (scaricabile dal seguente link:

http://cmcastelli.it/upload/media/cms_page_media/45/S.A.B.%20non%20aperta%20al%20pubblico.pdf

Servizi Sanitari

all'interno della struttura è prevista l'erogazione di servizi sanitari:

☐ SI

☐ Struttura soggetta al parere di compatibilità regionale L.R. n. 4/2003;

☐ Il parere di compatibilità è già stato acquisito – estremi

☐ Il parere di compatibilità deve essere acquisito in sede di conferenza di servizi;

☐ Struttura non soggetta al parere di compatibilità regionale di cui alla L.R. n. 4/2003

Descrizione sintetica dei servizi erogati:

--

☐ NO

Responsabile della struttura – art. 11 comma 1 lettera e)

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 numero

Firma di accettazione dell'incarico di Responsabile

Figure professionali impiegate

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 numero	
Ruolo all'interno della struttura			

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 numero	
Ruolo all'interno della struttura			

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 numero	
Ruolo all'interno della struttura			

Allegati obbligatori:

Documento di identità del Rappresentante Legale, del Responsabile della Struttura e di tutti coloro che vi sono impiegati (se si tratta di cittadini extracomunitari anche il permesso di soggiorno in corso di validità);

☐ se trattasi di "cessione di Azienda o Ramo di Essa" è necessario compilare la scheda A ed allegare l'atto notarile di cessione (art. 2556 cc);

☐ se trattasi di trasferimento è necessario compilare la scheda B;

☐ se trattasi di "cessazione" è necessario compilare la scheda C;

Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 10 L. 575/65 del legale rappresentante e del Responsabile della struttura;

Dichiarazione del possesso dei requisiti di onorabilità del rappresentante legale e del Responsabile della struttura;

☐ se si tratta di società/associazioni/Altro atto costitutivo e statuto;

elaborato grafico della struttura riportante i requisiti strutturali, dettagliato con sezioni, prospetti in funzione della sua specifica tipologia, indicante la superficie complessiva dell'opera, la destinazione d'uso dei singoli locali, la superficie netta, la superficie finestrata apribile en on, i rapporti di illuminazione ed areazione naturali, la disposizione degli impianti igienico-sanitari, sezioni con l'indicazione dell'altezza netta dei piani (minima e media) delle controsoffittature e relazione tecnica sulle modalità di areazione artificiale se presente;

progetto globale della struttura con la rappresentazione generale del servizio indicante le finalità della struttura, le prestazioni rese, i destinatari, la metodologia operativa e gestionale, l'organizzazione operativa e gestionale, il tipo di prestazioni offerte (conforme alla tipologia educativa della struttura), le modalità di coordinamento con la rete dei servizi del territorio ed ogni altro elemento che definisca le caratteristiche della struttura in relazione alla sua tipologia ed al servizio svolto (come previsto dalla D.G.R. n. 1305/2004 rettificata);

Carta dei servizi sociali, nella quale sono indicati i criteri per l'accesso (modalità di ammissione e dimissione degli ospiti, lista di attesa, fruizione del servizio), modalità di funzionamento della struttura (finalità e caratteristiche della struttura, orari dei pasti, regole della vita comunitaria, organizzazione delle attività con riferimento alla presenza delle varie figure professionali; modalità di partecipazione dell'ospite alla organizzazione della vita comunitaria, funzionamento della struttura garantito per l'intero arco dell'anno, assistenza tutelare diurna e notturna. Tariffe praticate (con chiara indicazione dell'ammontare e modalità di corresponsione delle rette), tipo di polizza assicurativa a copertura dei rischi da infortuni o da danni subiti o provocati dagli utenti, dal personale o dai volontari). Organigramma del personale, criteri deontologici sui gli operatori debbono attenersi);

Curricula del personale impiegato nella struttura;

Piano economico e finanziario dell'attività;

Atto di disponibilità dell'immobile;

Documentazione di previsione di impatto acustico ai sensi dell'art. 8, comma 2, della Legge 26 ottobre 1995, n. 447 redatta secondo i criteri stabiliti dalla Regione;

Estremi del certificato di agibilità/abitabilità e se questi è anteriore al 22.01.2008 anche la Dichiarazione di Rispondenza degli impianti;

Certificato attestante la totale assenza delle barriere architettoniche in relazione alle caratteristiche delle strutture e dell'utenza accolta (fare riferimento alla D.G.R. n. 424/2001);

Certificato di prevenzione incendi e/o SCIA nei casi in cui sia richiesto dal DPR 151/2011;

Certificati di conformità alle vigenti norme di sicurezza, prevenzione ed infortuni sui luoghi di lavoro; Regolamento interno dell'attività;

Nei casi in cui venisse effettuato il servizio di mensa sia direttamente che mediante impresa esterna è necessaria la SCIA SANITARIA della ASL di competenza territoriale con i relativi allegati;

Nei casi in cui venisse effettuato il servizio di mensa sia direttamente che mediante impresa esterna è necessario compilare anche la SCIA di Somministrazione di alimenti e bevande non aperta al pubblico;

Parere Igienico Sanitario;

Ricevuta di avvenuto versamento dei Diritti di segreteria ed istruttoria;

Firma del Legale Rappresentante

SCHEDA A
CESSIONE DI AZIENDA O RAMO DI ESSA
CESSIONE DI QUOTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(____) il _____ Sesso ☐ M ☐ F - nazionalità _____ residente a _____
in via _____
n° _____ int. _____ Tel.: _____ Tel. cell. _____ PEC _____
C.F. _____

nella sua qualità di

☐ TITOLARE DELL'OMONIMA IMPRESA;

☐ RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA SOCIETA'/ASSOCIAZIONE/ALTRO

con sede legale in _____ Via _____

C.F./P. IVA: _____

SEGNALA

di subentrare alla Impresa denominata _____

avente il seguente C.F./P. IVA _____ autorizzata con atto n. _____
_____, del _____.

La struttura è sita nel Comune di _____ all'indirizzo _____
_____ individuata al catasto al Foglio _____
Particella/e _____ sub _____

Firma del Legale Rappresentante

SCHEDA B
TRASFERIMENTO SEDE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(____) il _____ Sesso ☐ M ☐ F - nazionalità _____ residente a _____
in via _____
n° _____ int. _____ Tel.: _____ Tel. cell. _____ PEC _____

C.F. _____

nella sua qualità di

☐ TITOLARE DELL'OMONIMA IMPRESA;

☐ RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA SOCIETA'/ASSOCIAZIONE/ALTRO

con sede legale in _____ Via _____

_____ C.F./P. IVA: _____

Precedente Struttura localizzata in Via/Piazza/Altro _____

☐ dello stesso Comune ovvero ☐ di altro Comune

Nuova Struttura localizzata in via/piazza/Altro _____ n.

_____ individuata al Catasto al Foglio _____ Particella/e _____ sub _____

_____ con certificato di agibilità n. _____ del _____ ovvero prot. n. _____

_____ del _____

Firma del Rappresentante Legale

SCHEDA C
CESSAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(____) il _____ Sesso ☐ M ☐ F - nazionalità _____ residente a _____
in via _____
n° _____ int. _____ Tel.: _____ Tel. cell. _____ PEC _____

C.F. _____

nella sua qualità di _____

☐ TITOLARE DELL'OMONIMA IMPRESA;

☐ RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA SOCIETA'/ASSOCIAZIONE/ALTRO

con sede legale in _____ Via _____

_____ C.F./P. IVA: _____

COMUNICA

la cessazione dell'attività per:

☐ cessazione definitiva dell'intera attività;

☐ cessazione parziale dell'attività. Continuano ad essere esercitate nell'immobile le seguenti attività:

_____;

☐ cessione a terzi dell'azienda o ramo di essa.

La struttura è sita nel Comune di _____ all'indirizzo _____
_____ individuata al catasto al Foglio _____
Particella/e _____ sub _____

Firma del Legale Rappresentante
