

MODULO B

All'Ufficio di Piano – Ambito N16  
c/o Comune Capofila Melito di Napoli  
Via S. di Giacomo, 5  
80017 – Melito di Napoli (NA)

**OGGETTO: SEGNALAZIONI CERTIFICATE DI INIZIO ATTIVITA'– Servizi di cui alla Sezione B del Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento n. 4 del 07.04.2014 “Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328)” (B.U.R.C. n. 28 del 28.04.2014)**

**DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DICHIARANTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ Civ. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

in qualità di **LEGALE RAPPRESENTANTE**

del seguente soggetto: \_\_\_\_\_

P.IVA | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ e-mail PEC \_\_\_\_\_

Matricola INPS \_\_\_\_\_ Codice PAT / INAIL \_\_\_\_\_

Codice sede INPS \_\_\_\_\_ Codice sede INAIL \_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 della Legge 07.08.1990 n. 241 (come sostituito dalla Legge 30.07.2010 n. 122), in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 7 del Regolamento Regionale n. 4 del 07.04.2014 di attuazione della L.R. 11/07

di voler avviare le attività relative al seguente servizio previsto tra quelli della sezione B del Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento n. 4 del 07.04.2014:

Denominazione del servizio: \_\_\_\_\_

Appartenente alla seguente tipologia (barrare la sola casella interessata):

- Servizio di Assistenza scolastica
- Progetti terapeutico riabilitativi sostenuti da budget di salute
- Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale
- Telesoccorso
- Centri per le famiglie
- Servizi di mediazione familiare
- Laboratori di educativa territoriale
- Centri antiviolenza
- Servizio di mediazione culturale
- Segretariato sociale
- Telefonia sociale
- Trasporto sociale
- Unità mobile di strada
- Servizio di pronto intervento sociale

Rivolto ai seguenti Destinatari: \_\_\_\_\_

Il Servizio si svolgerà ordinariamente presso la sede ubicata in \_\_\_\_\_

Con una capacità ricettiva massima di n. \_\_\_\_\_ utenti

Soggetto titolare del servizio è \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Civ. \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

E-mail \_\_\_\_\_ e-mail PEC \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Soggetto gestore del servizio è \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Civ. \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

E-mail \_\_\_\_\_ e-mail PEC \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Matricola INPS \_\_\_\_\_ Codice PAT / INAIL \_\_\_\_\_

Codice sede INPS \_\_\_\_\_ Codice sede INAIL \_\_\_\_\_

## ALLO SCOPO:

### DICHIARA

- A. che le attività avranno inizio dalla data di presentazione della presente segnalazione;

*oppure*

che le attività inizieranno in data \_\_\_\_\_;

- B. che il servizio è in possesso dei requisiti comuni indicati dall'articolo 7 e dei requisiti specifici previsti per il servizio di cui segnala l'avvio dalla Sezione B del Catalogo dei servizi dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento n. 4 del 07.04.2014;

*oppure*

che il servizio è carente, al momento, del seguente requisito (tra quelli previsti per la specifica tipologia dalla Sezione B del Catalogo: \_\_\_\_\_

- C. di non aver riportato condanne definitive 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 che non sussistono, nei miei confronti, cause di divieto decadenza, sospensione ai sensi del decreto legislativo n. 159/2011<sup>1</sup>;
- D. di rispettare le norme generali in materia di urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, sicurezza del lavoro, igiene e prevenzione incendi;
- E. di rispettare i contratti di lavoro, gli inquadramenti professionali e le norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;

### SI IMPEGNA

A comunicare all'Ufficio di Piano dell'Ambito N16, entro dieci giorni dal suo verificarsi, ogni variazione di uno o più elementi del servizio, specificandone la causa ed i tempi di permanenza.

A comunicare altresì allo stesso Ente, negli stessi termini, l'eventuale sospensione delle attività.

A conformarsi alle eventuali indicazioni dell'Ufficio di Piano volte a garantire la piena adesione del servizio stesso ai requisiti previsti dalla normativa vigente.

### E' CONSAPEVOLE CHE:

In caso di dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà falsa o mendace, l'Amministrazione, ferma restando l'applicazione delle sanzioni penali di cui al comma 6 dell'art. 19 della L. 241/90 e s.m.i., nonché di quelle di cui al Capo VI del Testo Unico di cui al D.P.R. n. 445/2000, può sempre e in ogni tempo adottare i provvedimenti di cui al comma 3 dello stesso art. 19 della L. 241/90.

### ALLEGA ALLA PRESENTE:

- elenco del personale e delle relative qualifiche e funzioni;

<sup>1</sup> Le dichiarazioni di cui al presente punto **devono** essere rese da tutti i componenti degli organi direttivi del prestatore;

- carta dei servizi del servizio e del prestatore, il cui schema di riferimento è stato definito dalla Regione Campania con la D.G.R.C. n. 1835 del 20.11.2008 (pubbl. nel B.U.R.C. n. 52 del 18.12.2008);
- polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli ospiti, i dipendenti e i volontari;
- Fotocopia del Documento di identità in corso di validità del richiedente
- Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

\_\_\_\_\_