

AUTOCERTIFICAZIONE

ALLEGATO A

CENTRI RICREATIVI DIURNI ESTIVI PER MINORI

COMUNICAZIONE APERTURA

PER ENTI GIA' IN POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI, ALLE MEDESIME CONDIZIONI DI QUANTO STABILITO NELL'ATTO AMMINISTRATIVO PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' CON VALIDITA' PLURIENNALE

Ambito di Grumello del Monte

e p.c.

Comune di ubicazione

ASL

Servizio Accreditamento, Controllo,
Appropriatezza e Qualità
Via G. Galliccioli, 4
24121 Bergamo

Il sottoscritto
residente a in via
tel Cellulare
Fax e-mail
nella sua qualità di Rappresentante Legale dell'Ente Gestore denominato
.....
avente sede legale in
recapito telefonico dell'Ente.....
C.F.....P.IVA

preso atto delle disposizioni previste dalla legge regionale n.3/2008, nonché delle disposizioni della Legge Regionale n.1/86, del Decreto n. 1254/2010 e della DGR n. 11496/2010

COMUNICA

l'attivazione del CRE denominato sito nel Comune di
..... fraz. via
nell'immobile di proprietà del sig./ente (generalità e residenza del
proprietario).....
.....

- per il periodo dal _____ al _____
- per un numero complessivo di utenti _____ così suddiviso:

n. _____ dai 3 ai 5 anni di cui portatori di handicap n. _____
 n. _____ dai 6 ai 14 anni di cui portatori di handicap n. _____
 n. _____ oltre i 14 anni di cui portatori di handicap n. _____

DICHIARA INOLTRE

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

1. di essere in possesso di tutti i requisiti minimi strutturali gestionali organizzativi specifici previsti dalla normativa regionale vigente per il suo esercizio nonché dei requisiti previsti dalla normativa nazionale per le materie di competenza statale, e dei requisiti di igiene e sicurezza stabiliti da norme regionali;
2. che tutta la documentazione attestante i requisiti richiesti¹ è conservata presso la struttura;
3. di avere presentato a _____ una precedente comunicazione preventiva rispetto al servizio predetto in data _____ e che non esistono variazioni rispetto alla comunicazione precedente.

OPPURE

di essere in possesso di una precedente autorizzazione al funzionamento rilasciata da _____ il _____ e che non esistono variazioni rispetto alla comunicazione precedente.

Data _____

FIRMA ²

Allega altresì i seguenti documenti:

- Fotocopia della carta d'identità del legale rappresentante
- **Dichiarazione di reperibilità del personale sanitario (medico o infermiere). E' indispensabile specificare che tale disponibilità è riferita alle attività che si svolgono presso la sede del C.R.E.**
- **ALLEGATO D - servizio mensa (solo in caso di erogazione servizio mensa)** comprensivo della tabella dietetica rispondente a quella stabilita nelle tabelle-tipo regionali, dalla quale risultano qualità e quantità del cibo da somministrarsi in ciascun giorno della settimana, per ogni pasto, vistata dal competente servizio ASL.

¹ DGR 11496/2010 Requisiti minimi (Carta dei servizi/Regolamento interno, Progetto educativo, Requisiti strutturali, Requisiti gestionali organizzativi)

² La firma non deve essere autenticata. Dovrà essere allegata la fotocopia, anche non autenticata, di un documento di identità non scaduto del dichiarante.