

MODIFICHE DI SERVIZI GIA' ESISTENTI

ALLEGATO B

CENTRI RICREATIVI DIURNI ESTIVI PER MINORI

DOMANDA DI MODIFICA UNITA' DI OFFERTA SOCIALE CRE

Ambito di Grumello del Monte

E p.c.

Comune di ubicazione

ASL

Servizio Accreditamento, Controllo,

Appropriatezza e Qualità

Via Galliccioli

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 di cui alla Legge Regionale n.1 del 7 gennaio 1986, nonché delle disposizioni della legge regionale n.3/2008 del Decreto n. 1254/2010 e della DGR n. 11496/2010

COMUNICA PREVENTIVAMENTE

per la prossima stagione estiva, rispetto all'Unità d'Offerta Sociale Centro Ricreativo Estivo denominato sito nel Comune di
fraz. via nell'immobile di proprietà del
sig./ente (generalità e residenza del proprietario)
.....
.....

la modifica dei requisiti previsti rispetto a

ex autorizzazione al funzionamento pluriennale rilasciata da _____ del _____ n. _____

OPPURE

comunicazione preventiva relativa al servizio predetto trasmessa in data _____ a _____

a causa di :

/__/_/ cambio sede da _____ a _____

/__/_/ modifiche strutturali apportate alla stessa sede quali: _____

/__/_/ modifica numero utenti da _____ a _____

/__/_/ cambio Ente gestore da _____ a _____

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. che il CRE è 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 il CRE ha una capacità ricettiva massima strutturale pari a n. _____ utenti;
3. che il CRE sarà attivo 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 annidi cui portatori di handicap n. _____

4. che tutta la documentazione attestante i requisiti richiesti¹ è conservata presso la struttura

Data _____

FIRMA ⁰²

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.**
- **2 copie Planimetria dei locali e degli spazi esterni in scala 1/100**, con l'indicazione dell'uso, della superficie di ogni vano e degli impianti sanitari installati nei servizi igienici con evidenziato il n. dei WC e dei rubinetti presenti nei bagni (in rapporto non inferiore di 1: 20 per i WC e 1: 20 per i rubinetti come previsto dal P.S.A.)
- **ALLEGATO E - normativa anticendio**
- **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.