

# NUOVE DOMANDE

## ALLEGATO C

### CENTRI RICREATIVI DIURNI ESTIVI PER MINORI

#### COMUNICAZIONE PREVENTIVA AVVIO UNITA' D'OFFERTA SOCIALE CRE

Ambito di Grumello del Monte

E p.c.

Comune di ubicazione

ASL

Servizio Accreditamento, Controllo,

Appropriatezza e Qualità

Via 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 di cui alla Legge Regionale n.1/86, del Decreto n. 1254/2010 e della DGR n. 11496/2010**

#### COMUNICA PREVENTIVAMENTE

l'avvio dell'Unità d'Offerta Sociale Centro Ricreativo Estivo denominata  
..... sita nel Comune di ..... fraz.  
..... via ..... nell'immobile di proprietà del sig./ente  
..... (generalità e residenza del proprietario)  
.....  
.....

## DICHIARA

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 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 richiesti<sup>1</sup> è conservata presso la struttura

Data \_\_\_\_\_

FIRMA <sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

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 antincendio**
- **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.