

1	ESTREMI DI ISCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE	
	Modalità di inoltrò	VIA TELEMATICA TRAMITE SPORTELLO "STAR"
	Al SUAP del Comune di	

**DOMANDA DI RINNOVO AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO – SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA
(Artt. 50 e 51 D.P.G.R. 41/R del 30/07/2013 e s.m.i.)**

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

CHIEDE **AUTORIZZAZIONE** **PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI:**
IL RINNOVO DI **ACCREDITAMENTO**

	Codice	Nome attività (compilare una distinta domanda per ciascuna tipologia di attività)	Oggetto
0		<input type="checkbox"/> nido d'infanzia <input type="checkbox"/> 3-36 mesi <input type="checkbox"/> 12-36 mesi <input type="checkbox"/> spazio gioco <input type="checkbox"/> centro per bambini e famiglie <input type="checkbox"/> servizio educativo in contesto domiciliare	PROSECUZIONE ATTIVITA' DALL'ANNO EDUCATIVO 2017/18

ED A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 QUANTO SEGUE:

A1	DICHIARAZIONI ANAGRAFICHE			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Tel.	Fax	Cod. fisc.	
	Indirizzo e-mail (<input type="checkbox"/> barrare in caso di posta elettronica certificata)			
A2	IN QUALITA' DI			
	<input type="checkbox"/> Titolare della impresa individuale		<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	
A3	DELLA			
	Forma giuridica *		Denomin.**	
	Sede legale nel Comune di ***			Prov.
	Via/pia z.		N. civico	CAP
	Iscritta all'Albo delle COOP		N. iscrizione	
	Iscritta al Registro delle Imprese della CCIAA di		N. iscrizione registro	
	Partita IVA		Codice Fiscale	
	<i>Note: * SNC, SAS, SPA, SRL, etc.; ** In caso di impresa individuale inserire l'eventuale nome (ditta) con il quale l'impresa svolge la propria attività; *** In caso di impresa individuale compilare se l'indirizzo della sede è diverso dalla residenza indicata nel quadro A1</i>			

B	INDIRIZZI A CUI FAR PERVENIRE LE COMUNICAZIONI			
	Via	Comune	Prov.	CAP
	E- mail	Telef.	Cell.	Fax
	Indirizzo di Posta Elettronica certificata (PEC)* * CAMPO OBBLIGATORIO			

ESTREMI DEL/DEI TITOLO/I DI CUI SI CHIEDE IL RINNOVO

Autorizzazione n. del

Accreditamento n. del

DATI RIFERITI ALL'EDIFICIO IN CUI SI SVOLGE L'ATTIVITA'					
C	Indirizzo Via/P.za		Civico	Piano/scala/interno	
	Comune		Prov.	CAP	
	Eventuale denominazione dell' insegna di esercizio				
	Dati catasto: Categ.	Classe	Foglio	Numero	Sub.
	Destinazione d'uso		Dest. urbanistica di zona		
	Detenuto a titolo di <input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Altro (dati propr. imm.le)				

D	<input type="checkbox"/> CHE NULLA E' VARIATO IN MERITO AI REQUISITI DELL'EDIFICIO DESTINATO ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA'
---	---

DICHIARA INOLTRE RELATIVAMENTE ALLA SPECIFICA ATTIVITA':	
E1	- che la CAPIENZA MASSIMA DEL SERVIZIO EDUCATIVO - secondo quanto stabilito dal Regolamento 41/R/2013 di esecuzione alla L. R. 26.7.02 n. 32 e successive modifiche integrative – AMMONTA A n° BAMBINI;
	- che il numero massimo delle persone presenti nella struttura ammonta a n° persone (n° bambini e n° operatori);
	- di applicare al personale utilizzato i contratti nazionali di settore vigente, secondo il profilo professionale di riferimento;
	- di aver verificato quanto previsto dall'art. 2 del D.Lgs. 4/3/2014 n. 39 relativamente alla normativa inerente alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile”;
	- di fornire al Comune le informazioni ritenute necessarie alla verifica qualitativa del servizio;
	- di inserire annualmente nel Sistema Informativo Regionale i dati riferiti alle proprie unità di offerta ai sensi dell'art. 53 del Regolamento 41/R/2013 di esecuzione alla L. R. 26.7.02 n. 32;
	- di assumere ogni responsabilità derivante dalla istituzione e dalla gestione del servizio;
E2	RELATIVAMENTE AL PERSONALE IMPEGNATO NELL'ATTIVITA': <input type="checkbox"/> è rimasto invariato rispetto a quanto dichiarato ai fini dell'autorizzazione in corso di validità alla data di presentazione della presente istanza; <input type="checkbox"/> è variato ed è composto dalle persone di seguito indicate (si allegano a tal fine n. schede "Allegato 1").

F REQUISITI PERSONALI	
F1	REQUISITI DI ONORABILITA'
	<input checked="" type="checkbox"/> di essere in possesso del godimento dei diritti civili e politici;
	<input checked="" type="checkbox"/> che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 (normativa antimafia);
	<input checked="" type="checkbox"/> di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
	<input checked="" type="checkbox"/> che esso stesso e il personale utilizzato presso il servizio educativo non ha riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli IX, XI, XII e XIII del codice penale per la quale non sia intervenuta la riabilitazione;
	<input checked="" type="checkbox"/> che esso stesso e il personale utilizzato presso il servizio educativo non ha riportato condanne per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e non aver riportato sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
Si allega alla presente N. DICHIARAZIONI COMPILATE di cui all'allegato 2.	

COMPILARE SOLO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO NON COMUNITARIO				
F2	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *			
	N	Rilasciato da	il	Valido fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			

TRATTAMENTO DATI PERSONALI	
G	<input checked="" type="checkbox"/> di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 : - di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; - che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; - che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; - di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge

Data e luogo

L'interessato deve firmare* il presente modello
L'interessato

.....
 * *Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità). In caso di trasmissione telematica con firma digitale dell'interessato non è necessario l'adempimento sopra descritto.*

Allegati:

1. Dichiarazioni di altre persone in possesso dei requisiti morali (allegato 2): allegare per ogni soggetto relativa copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità;
2. In caso di cittadino extracomunitario allegare la copia della carta/permesso di soggiorno;
3. Eventuale documentazione attestante il requisito professionale del personale variato.

ALLEGATO N. 1 - REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI (Educatori)

Il sottoscritto dichiara che il requisito professionale previsto dalla vigente normativa è posseduto dai seguenti soggetti:

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita / / _____ Luogo di nascita (Prov. _____)
Codice Fiscale (16 caratteri) _____
Cittadinanza italiana ovvero
Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita / / _____ Luogo di nascita (Prov. _____)
Codice Fiscale (16 caratteri) _____
Cittadinanza italiana ovvero
Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita / / _____ Luogo di nascita (Prov. _____)
Codice Fiscale (16 caratteri) _____
Cittadinanza italiana ovvero
Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita / / _____ Luogo di nascita (Prov. _____)
Codice Fiscale (16 caratteri) _____
Cittadinanza italiana ovvero
Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio

1

REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI (Personale Ausiliario)

(non si applica a coloro che svolgono o hanno svolto la funzione di cuoco o di operatore ausiliario alla data del 15/8/2013)

Cognome _____ Nome _____ Qualifica Cuoco Operatore ausiliare
Data di nascita / / _____ Luogo di nascita (Prov. _____)
Codice Fiscale (16 caratteri) _____
Cittadinanza italiana ovvero
Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio

Cognome _____ Nome _____ Qualifica Cuoco Operatore ausiliare
Data di nascita / / _____ Luogo di nascita (Prov. _____)
Codice Fiscale (16 caratteri) _____
Cittadinanza italiana ovvero
Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio

Cognome _____ Nome _____ Qualifica Cuoco Operatore ausiliare
Data di nascita / / _____ Luogo di nascita (Prov. _____)
Codice Fiscale (16 caratteri) _____
Cittadinanza italiana ovvero
Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio

Cognome _____ Nome _____ Qualifica Cuoco Operatore ausiliare
Data di nascita / / _____ Luogo di nascita (Prov. _____)
Codice Fiscale (16 caratteri) _____
Cittadinanza italiana ovvero
Qualifica: _____ risultante da attestazione rilasciata da _____ in data _____
 Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio

2

REQUISITI SOGGETTIVI PROFESSIONALI (Coordinatore Pedagogico)	
3	Cognome Nome Qualifica <input type="checkbox"/> Cuoco <input type="checkbox"/> Operatore ausiliare
	Data di nascita / / Luogo di nascita (Prov.)
	Codice Fiscale (16 caratteri)
	Cittadinanza italiana ovvero
	Qualifica: risultante da attestazione rilasciata da in data
<input type="checkbox"/> Allego copia della documentazione attestante il possesso del titolo di studio	

Firma dei dichiaranti
Per accettazione

Data

ALLEGATO N. 2 Dichiarazione di altre persone (amministratori, soci, educatori e operatori ausiliari) in possesso dei requisiti morali

1	Primo dichiarante			
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altra (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valida fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
	2	Secondo dichiarante		
Cognome		Nome		
Nato a		Prov.	il	
Residente in		Prov.	CAP	
Via/piazza			n.	
Codice fiscale (16 caratteri)				
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹				
¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
N		Rilasciato da	il	Valida fino al
* Specificare il motivo del rilascio				
3		Terzo dichiarante		
	Cognome		Nome	
	Nato a		Prov.	il
	Residente in		Prov.	CAP
	Via/piazza			n.
	Codice fiscale (16 caratteri)			
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹			
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario			
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *	
	N	Rilasciato da	il	Valido fino al
	* Specificare il motivo del rilascio			
	4	Quarto dichiarante		
Cognome		Nome		
Nato a		Prov.	il	
Residente in		Prov.	CAP	
Via/piazza			n.	
Codice fiscale (16 caratteri)				
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹				
¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per *		<input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *		
N		Rilasciato da	il	Valido fino al
* Specificare il motivo del rilascio				

5	Quinto dichiarante				
	Cognome		Nome		
	Nato a		Prov.	il	
	Residente in		Prov.		CAP
	Via/piazza		n.		
	Codice fiscale (16 caratteri)				
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹				
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *				
	N		Rilasciato da	il	Valido fino al
* Specificare il motivo del rilascio					
6	Sesto dichiarante				
	Cognome		Nome		
	Nato a		Prov.	il	
	Residente in		Prov.		CAP
	Via/piazza		n.		
	Codice fiscale (16 caratteri)				
	Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> (specificare) ¹				
	¹ Compilare le righe seguenti in caso di cittadino straniero non comunitario				
	<input type="checkbox"/> di essere in possesso di permesso di soggiorno per * <input type="checkbox"/> di essere in possesso di carta di soggiorno per *				
	N		Rilasciato da	il	Valido fino al
* Specificare il motivo del rilascio					

DICHIARANO

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445 consapevoli che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadranno dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

- di essere in possesso del godimento dei diritti civili e politici;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs 159/2011 (normativa antimafia);
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di non aver riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli IX, XI, XII e XIII del codice penale per la quale non sia intervenuta la riabilitazione;
- di non aver riportato condanne per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e non aver riportato sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

di essere informati ai sensi del **D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196:**

- di dover obbligatoriamente conferire i propri dati personali compilando il presente modulo; che gli stessi dati saranno trattati dal Comune, quale Titolare, quale Responsabile, in modo cartaceo e telematico, per le sole finalità istituzionali inerenti il rilascio del provvedimento unico finale; che il Comune potrà, ai sensi della vigente normativa, comunicare i suddetti dati a tutti gli Enti che dovranno intervenire nel procedimento, nonché diffondere gli stessi mediante programmi informatici; di poter conoscere, ai sensi dell'art. 7, l'esistenza dei propri dati personali, di poterli aggiornare, rettificare od integrare qualora fosse necessario, nonché di richiederne la cancellazione quando trattati in violazione di legge,

Firma* del primo dichiarante

Firma* del secondo dichiarante

Firma* del terzo dichiarante

Firma* del quarto dichiarante

Firma* del quinto dichiarante

Firma* del sesto dichiarante

Data

* Allegare fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento (in corso di validità). In caso di trasmissione telematica con firma digitale dell'interessato non è obbligatorio l'adempimento sopra descritto.