

PROCEDIMENTO AUTOMATIZZATO / ORDINARIO
A: SUAP Valle Savio Comune di CESENA

Oggetto pratica	
descrizione sintetica dell'intervento	NUOVA SCIA G.A. "VIGNE" A SEGUITO DI UNA FUSIONE PER INCORPORAZIONE DELLA COOPERATIVA SOCIALE "AREA SOCIALE" DENTRO L'OASI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE.

il/la sottoscritto/a(*)	BARTOLETTI CHRISTIAN		
Nato a(*)	CESENA (Prov: FC)		
il(*)	17-10-1975	cod.Fiscale(*)	BRTCRS75R17C573G
Residente nel Comune di (Per i cittadini residenti all'estero inserire lo Stato di residenza e come provincia EE) (*)	CESENATICO (Prov: FC)	CAP(*)	47042
Sede legale dell'attività/dello studio professionale/dell'associazione di categoria (*)	VIA CARLO PISACANE 20		
tel.(*)	0547613768	fax	0547613768
località/frazione	CESENA	cellulare	3473180751
PEC (*)	CCOPERATIVOLOASI@PEC.NET		
domicilio elettronico	CHRISTIAN.BARTOLETTI@COOPERATIVOLOASI.IT		

In qualità di: **Legale rappresentante di società/Titolare di impresa individuale**

a titolo di (*)	AMMINISTRATORE
Specificare:	
Carica legale rappresentante	PRESIDENTE
denominazione/ragione sociale (*)	L'OASI - SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
CF / P. IVA (REA)	03146200401
Forma giuridica	COOPERATIVA SOCIALE

Con sede in (*)	CESENA	CAP. (*)	47521
Codice catastale comune	C573	ISTAT Comune	040007
Provincia	FORLI' - CESENA (FC)	ISTAT Provincia	040
Indirizzo (*)	VIA CARLO PISACANE 20		
telefono	0547613768	fax	0547613768
eMail	DIREZIONE@COOPERATIVOLOASI.IT		
Iscrizione al Registro imprese di	FO	num.	288127
Codice ATECO dell'attività oggetto della presente istanza	87.20		

cod.Fiscale o Identificativo Straniero (*)	03146200401	P.IVA.	03146200401
--	-------------	--------	-------------

OGGETTO

NUOVA SCIA G.A. "VIGNE" A SEGUITO DI UNA FUSIONE PER INCORPORAZIONE DELLA COOPERATIVA SOCIALE "AREA SOCIALE" DENTRO L'OASI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE.

Scelte effettuate per la compilazione

INTERVENTI:

- SCIA per l'esercizio di attività di casa famiglia per anziani o disabili/appartamenti protetti per anziani o disabili/gruppi appartamenti per anziani o disabili fino ad un massimo di 6 ospiti - AVVIO

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

D I C H I A R A

AI: CESENA

DICHIARAZIONE RELATIVA AI REQUISITI MORALI ART. 36 LR 11/2018

di:

essere gestore della casa famiglia/appartamento protetto/ gruppo appartamenti e possedere i requisiti di moralità previsti dall'art. 36 della LR 11/2018, cioè:	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

che la gestione della Casa famiglia/appartamento protetto/ gruppo appartamenti è affidata al Sig./Sig.:	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

NON aver riportato una condanna con sentenza passata in giudicato per delitto non colposo, per il quale è prevista una pena detentiva non inferiore nel minimo a tre anni, sempre che sia stata applicata, in concreto, una pena superiore al minimo edittale;

NON essere stato dichiarato delinquente abituale, professionale o per tendenza;

NON aver riportato una condanna con sentenza passata in giudicato a pena detentiva per uno dei delitti di cui al libro II, titolo V, VI, IX, XI, XII, XIII del codice penale;

NON essere stato sottoposto a una delle misure di prevenzione di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136), ovvero a misure di sicurezza;

N.B. Si ricorda che il divieto di esercitare l'attività di gestione delle strutture sopra citate permane, ai sensi dell'art. 5 L.R. n11/2018, per la durata di cinque anni dal giorno in cui la pena sia stata scontata o, nel caso si sia estinta in altro modo, dalla data del passaggio in giudicato della sentenza, salvo riabilitazione;

che:

non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione previste art. 67 del D.lgs. 6/9/2011 n. 159 "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia"

N.B. In caso di società compilare anche l'allegato A

DICHIARAZIONE SULLA DENOMINAZIONE DELLA CASA FAMIGLIA

che la Casa famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti ha la seguente denominazione:

denominazione	GRUPPO APPARTAMENTO "VIGNE"
---------------	-----------------------------

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE CARATTERISTICHE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE CASA FAMIGLIA

che le caratteristiche della Casa Famiglia sono le seguenti:

numero massimo (entro 6 unità) di utenti che possono essere ospitati nella sede	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

il numero è:	4
--------------	---

caratteristiche dell'utenza ospitata (esempio: anziani, disabili)	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

sono:	PAZIENTI PSICHIATRICI
-------	-----------------------

numero del personale che opera nella Casa Famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

n°	3
----	---

i contratti di lavoro dei dipendenti e dei collaboratori rispettano le norme contrattuali, assicurative e previdenziali vigenti	<input checked="" type="checkbox"/>
qualifica del personale che opera nella struttura	<input checked="" type="checkbox"/>
Operatore Socio Sanitario (OSS)	<input checked="" type="checkbox"/>
n°	1
Operatore Socio Assistenziale	<input type="checkbox"/>
Operatore Tecnico Assistenziale	<input type="checkbox"/>
Addetto Assistenza di Base	<input type="checkbox"/>
Educatore socio-sanitario o socio pedagogico (o altro titolo da normative precedenti)	<input type="checkbox"/>
Assistente familiare	<input type="checkbox"/>
Altre figure professionali	<input checked="" type="checkbox"/>
n°	1
Altri collaboratori	<input type="checkbox"/>
Coordinatore responsabile del servizio, individuato dalla Casa Famiglia	<input checked="" type="checkbox"/>
Sig/ra:	ROVERE SARA LAURA
modalità di accoglienza dell'utenza è (es: convenzionale con enti pubblici, rapporto diretto con gli utenti ecc)	<input checked="" type="checkbox"/>
Modalità:	ACCORDO QUADRO AUSL ROMAGNA
retta richiesta agli ospiti e/o familiari (specificare se giornaliera o mensile)	<input checked="" type="checkbox"/>
Tipo:	GIORNALIERA
eventuale partecipazione alla spesa di soggetti pubblici	<input type="checkbox"/>

DICHIARAZIONE SULL'ASSISTENZA AGLI UTENTI

che per quanto riguarda la necessaria assistenza agli utenti:

la Casa Famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti si avvale di figure professionali qualificate in grado di garantire, sia sotto il profilo organizzativo che sanitario, l'assistenza richiesta dal piano individuale, ovvero da qualsiasi altro strumento di cui si sia autonomamente dotata per garantire e dimostrare, anche in sede di verifica, l'organizzazione e l'assistenza idonea alle caratteristiche ed ai bisogni degli ospiti	<input checked="" type="checkbox"/>
la Casa Famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti predispongono la Carta dei Servizi di cui all'art 13 del D. Lgs. n. 328/2000 da fornire agli ospiti al momento dell'ingresso, comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con individuazione delle prestazioni ricomprese, prevedendo le procedure, per assicurare la tutela degli utenti, anche in caso di emergenza sanitaria (ai sensi dell'Art. 6, punto 3 del D.M. del 21 maggio 2001, N. 308)	<input checked="" type="checkbox"/>
la Casa Famiglia/appartamento protetto/gruppo appartamenti adotta un registro degli ospiti con l'indicazione dei piani individualizzati e predispongono per ciascuno di essi una cartella aggiornata con i dati personali (ai sensi dell'Art 6, punto 4 del D.M. del 21 maggio 2001, N. 308), la diagnosi sulle condizioni psicosofiche e le terapie adottate a firma del Medico Curante e dell'infermiere che somministra i farmaci (ai sensi del D.M. del 14 settembre 1994, N. 739)	<input checked="" type="checkbox"/>

LOCALIZZAZIONE UNICA STANDARD CON DATI CATASTALI

dichiara che l'immobile/gli immobili /unità immobiliare/i è:

sito in:

Comune	Cesena
(via, piazza, ecc.)	Barducci
n°	51
interno	
scala	
piano	1
cap	47521
Frazione	
Fabbricati	<input checked="" type="checkbox"/>
Terreni	<input type="checkbox"/>
foglio	110
mappale	939
subalterno	13
sezione	
sezione urbana	
avente categoria catastale	A05 - Abitazione ultrapopolare
destinazione d'uso	a. residenziale
Destinazione d'uso da piano comunale	

DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALLE VIGENTI NORME IN MATERIA EDILIZIA, URBANISTICA, IGIENICO-SANITARIA

che:

l'attività viene esercitata nel rispetto delle vigenti norme, prescrizioni e autorizzazioni in materia edilizia, urbanistica, igienico-sanitaria e di inquinamento acustico, sulla destinazione d'uso dei locali e degli edifici, nonché delle norme in materia di sicurezza e prevenzione incendi	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

di:

impegnarsi a comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato

SEGNALAZIONE DI APERTURA DI CASA FAMIGLIA / APPARTAMENTI PROTETTI PER ANZIANI O DISABILI/ GRUPPI APPARTAMENTI PER ANZIANI O DISABILI

di SEGNALARE l'avvio della seguente struttura:

casa famiglia	<input type="checkbox"/>
appartamento protetto per anziani o disabili	<input type="checkbox"/>
gruppi appartamenti per anziani o disabili	<input checked="" type="checkbox"/>

che per maggior chiarezza, si precisa:

NON è necessaria nessuna nota aggiuntiva	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

per maggior chiarezza, preciso che:	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

CONDIZIONI

CONDIZIONE TRASVERSALE - Il richiedente ha la cittadinanza di un paese non appartenente all'Unione Europea	<input type="checkbox"/>
CASA FAMIGLIA - GESTORE Il gestore della Casa famiglia per anziani o disabili/ appartamenti protetti per anziani o disabili/ gruppi appartamenti per anziani o disabile è persona diversa da chi presenta la SCIA	<input type="checkbox"/>
CONDIZIONE TRASVERSALE - L' attività è svolta in forma societaria (da NON cliccare in caso di SRL unipersonali o con amministratore unico e di SAS con unico accomandatario)	<input checked="" type="checkbox"/>

Ai fini dell'espressione degli atti di assenso si allega la seguente documentazione:

Carta dei Servizi (ai sensi dell'art. 13 della Legge N. 328/2000) - Carta dei Servizi GA Vigne.pdf (OK documento allegato).
Registro degli utenti del servizio - Schema di Registro degli Utenti del Servizio.pdf.p7m (OK documento allegato).
Planimetria quotata dei locali, con individuazione del numero dei posti letto (casa famiglia) - PLANIMETRIA GA VIGNE pdf.pdf.p7m (OK documento allegato).
AllegatoA_Soci - POSSESSO REQUISITI MONTESI GIANNI + CARTA D'IDENTITA'.pdf.p7m (OK documento allegato).
* Collegato a AllegatoA_Soci - POSSESSO REQUISITI NARDI MONIA + CARTA D'IDENTITA'.pdf.p7m (OK documento allegato).

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016)

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, le informazioni sono reperibili al seguente link:

<https://auwordpress.lepida.it/informativa-privacy/>

Data presentazione: 27-11-2023 17:49