SCHEMA N. .....NP/11348 DEL PROT. ANNO.....2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

OGGETTO : APPROVAZIONE INDIRIZZI REGIONALI IN MATERIA DI OMOLOGAZIONE DELLE PROCEDURE PER L'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

DELIBERAZIONE	**N.**	790 del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA	IN DATA 08/07/2011

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATI:

- il Decreto del Ministero dei Lavori Pubblici del 14/06/1989, n. 236 *"Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche";*
- la legge del 26/10/1995, n. 447 *"Legge quadro sull'inquinamento acustico"* e ss.mm.ii.;
- il Regolamento CE 852/2004 *"Requisiti generali in materia di igiene applicabili a tutti gli operatori del settore alimentare";*
- il Decreto Legislativo 9 aprile 2008 , n. 81 *"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"* e ss.mm.ii.;
- il Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 22/01/2008 n 37 (ex 46/90) *"Disposizioni in materia di impianti negli edifici"* e ss.mm.ii.;
- la legge regionale 9/04/2009, n. 6 *"Promozione delle politiche sociali per i minori e i giovani";*
- la deliberazione di Giunta Regionale del 12/05/2009, n. 588 *"Approvazione delle linee guida sugli standard strutturali, organizzativi e qualitativi dei servizi socio educativi per la prima infanzia, in attuazione dell'art. 30 comma 1 lettera d) della l.r. 9/04/2009, n. 6"*

ATTESO che presso il Servizio Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunità, Servizio Civile, competente in materia, si è istituito un tavolo di lavoro misto Regione/Comuni/ASL, al fine di addivenire alla omologazione delle procedure per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi socio educativi per la prima infanzia in tutto il territorio regionale;

EVIDENZIATO che il tavolo di lavoro suddetto è composto, oltre che dalla dirigente e da una funzionaria del suddetto Servizio, da coordinatori pedagogici distrettuali rappresentativi delle Conferenze dei Sindaci e, per quanto riguarda le ASL, i componenti sono stati individuati dai rispettivi Direttori Generali a seguito di richiesta formale del Servizio medesimo con nota del 23/11/2010, prot. PG/2010/163532 e del 14/04/2011, prot. PG/2011/52797;

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (Dott.ssa Nadia Bazzano)	Data - IL SEGRETARIO

ATTO	**AUTENTICAZIONE COPIE**	**CODICE PRATICA** omolauto
PAGINA : 1		
	COD. ATTO : DELIBERAZIONE	

REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

DATO ATTO che, così come previsto dalla d.g.r. 588/09, all. A, p. 5, la domanda per l'autorizzazione all'apertura, l'ampliamento, le opere di trasformazione o il trasferimento ad altra sede dei nidi e dei servizi integrativi sia pubblici che privati:

1. deve essere presentata al Sindaco del comune di competenza, ove ha sede la struttura;
2. la domanda di cui al punto 1. si effettua previa acquisizione:
   a) del parere conforme dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio per quanto attiene agli aspetti igienico sanitari;
   b) del parere del Comitato dei Sindaci del Distretto (che si avvale della valutazione del coordinatore pedagogico distrettuale), per quanto riguarda gli aspetti pedagogici, funzionali e organizzativi;

RILEVATO che sono elementi fondamentali del progetto pedagogico:

- indicazione dell'orario di apertura e chiusura del servizio;
- finalità e obiettivi educativi
- modalità di ambientamento
- articolazione pedagogica della giornata
- organizzazione degli spazi e degli arredi
- modalità organizzative dei gruppi dei bambini e degli educatori
- sistema dei turni del personale, modalità di sostituzione e di lavoro collegiale
- rapporto con le famiglie
- partecipazione delle famiglie
- rapporti con il territorio
- continuità educativa
- documentazione

DATO ATTO che la l.r. 6/09, all'art. 11, c. 3 stabilisce che la vigilanza igienico-sanitaria e le prestazioni sanitarie nell'ambito dei servizi per la prima infanzia hanno carattere preventivo e sono assicurate dalle ASL, mentre la vigilanza ed il controllo sul funzionamento dei servizi per la prima infanzia sono affidati ai Comuni ove viene svolto il servizio e che pertanto, come specificato dalla D.G.R. 588/09, sono questi ultimi a dover individuare le modalità di esercizio di tale funzione nonché i soggetti ad essa preposti;

ATTESO che il gruppo di lavoro di che trattasi ha elaborato la modulistica relativa a:

1. domanda di autorizzazione al funzionamento sia per i nidi d'infanzia e per i servizi integrativi (All. A);
2. domanda di autorizzazione al funzionamento per i servizi domiciliari (All. B)
3. verbale di sopralluogo nei servizi socio educativi per la prima infanzia (All. C)

DATO ATTO che gli Allegati A, B, C di cui sopra costituiscono parte integrante e necessaria del presente atto;

RITENUTO approvare gli indirizzi regionali in materia di omologazione delle procedure per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi socio educativi per la prima infanzia;

RITENUTO altresì opportuno stabilire un periodo di dodici mesi, dalla data di approvazione del presente atto, per la sperimentazione nell'utilizzo della modulistica di cui agli allegati A, B e C, decorso il quale effettuare una verifica sugli strumenti al fine di apportare eventuali modifiche e/o migliorie;

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

omolauto

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

STABILITA la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria nonché sul sito WEB della medesima;

SU PROPOSTA dell'Assessore con delega alle Politiche Sociali

DELIBERA

Per le motivazioni di cui alle premesse, che si intendono implicitamente richiamate,

1. **DI APPROVARE** gli indirizzi regionali in materia di omologazione delle procedure per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi socio educativi per la prima infanzia unitamente alla modulistica di cui agli Allegati A, B e C che costituiscono parte integrante e necessaria del presente atto;

2. **DI STABILIRE** un periodo di dodici mesi, dalla data di approvazione del presente atto, per la sperimentazione nell'utilizzo della modulistica di cui al punto 1, decorso il quale effettuare una verifica sugli strumenti al fine di apportare eventuali modifiche e/o migliorie;

3. **DI PUBBLICARE** il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria nonché sul sito WEB della medesima.

---------- FINE TESTO ----------

Si attesta la regolarità amministrativa, tecnica e contabile del presente atto.

Data - IL DIRIGENTE

(Dott.ssa Giorgina Zaccaron)

Data - IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Franco Bonanni)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA

omolauto

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

ALLEGATO A

(Per i servizi pubblici, come esito della presente domanda, il Sindaco rilascia dichiarazione di conformità dei servizi alla normativa)

Al Sig. Sindaco
del COMUNE di _____

OGGETTO: DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO PER: *APERTURA/ ADEGUAMENTO ALLE LINEE GUIDA DI CUI ALLA D.G.R. 588/09/AMPLIAMENTO/MODIFICA FASCIA D'ETA'/SUB INGRESSO/TRASFERIMENTO/CAMBIO TIPOLOGIA DI SERVIZIO/ALTRO* DI _____(INDICARE LA TIPOLOGIA)_____

Il/la sottoscritto/a .....
nato/a a ..... Provincia di |__|__| il |__|__|.|__|__|.|__|__| residente in .....
Provincia di |__|__| in Via .....
C.A.P. |__|__|__|__|__| Tel ..... in qualità di Titolare/legale rappresentante di.....
.....
con sede legale in .....

avente: partita I.V.A. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

iscrizione albo regionale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

gestione affidata a: .....

avente: partita I.V.A. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

iscrizione albo regionale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

l'autorizzazione per:

|__| nuova apertura

|__| adeguamento alle linee guida di cui alla d.g.r. 588/2009

|__| ampliamento

|__| modifica fascia d'età

|__| sub ingresso

|__| trasferimento

|__| cambio tipologia di servizio

|__| altro (specificare)

di:

|__| nido d'infanzia (specificare se:
- |__| nido a tempo parziale
- |__| micronido
- |__| nido aziendale
- |__| interaziendale)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

|__| servizio integrativo (specificare se:

|__| centro bambino/genitori
|__| centro bambine/bambini)

denominato..... .....

sito in Via .....COMUNE ..... C.A.P. |__|__|__|__|__|

tel..... e-mail .....
per un numero di bambini/e pari a ..... unità di età compresa tra i..... mesi e i ..... mesi con il seguente orario di apertura: dalle ore ..... alle ore.....
dalle ore ..... alle ore .....
(per i servizi integrativi, qualora sia prevista l'apertura su due turni, indicare l'ora di pausa necessaria per la riorganizzazione)
dalle ore ..... alle ore .....

PRECISA che il coordinamento pedagogico è affidato
Al Dr./D.ssa:.....

IN FEDE

(Firma) .....

Data.....

ALLEGA :

1. certificato di iscrizione alla Camera di Commercio oppure statuto
2. atto di cessione/affitto azienda in caso di istanza di subingresso
3. certificato di iscrizione all'albo regionale (per le cooperative)
4. planimetria in scala 1:100, con indicazione della destinazione d'uso di ciascun locale, nonché degli spazi esterni, relativa altezza/superficie e rapporti areoilluminanti, datata e firmata da tecnico abilitato.
5. dichiarazione di conformità degli impianti, nel rispetto della normativa vigente
6. relazione descrittiva in merito a:
   a) caratteristiche igienico-edilizie
   b) adeguamenti in materia di visitabilità condizionata
   c) rapporto tra la dimensione della struttura e posti disponibili
   d) conformità agli standard di cui alla L.R. 6/2009 e DGR n. 588/2009
   e) modalità di preparazione/somministrazione pasti, qualora la tipologia del servizio lo preveda
7. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato A1)
   a) nel caso di edificio ante 1934, certificato di collaudo statico dell'edificio o relazione di staticità
   b) valutazione clima acustico
   c) certificato di prevenzioni incendi (oltre 100 persone totali presenti) ovvero per quelle non sottoposte a tale controllo relazione tecnica di rispondenza alle normative vigenti in materia di sicurezza e prevenzione incendi
8. elenco del personale con rispettivo titolo di studio e qualifica professionale
9. autocertificazioni dei titoli di studio di tutto il personale e disponibilità ad accettare l'incarico
10. progetto pedagogico e documentazione attestante la conformità degli arredi e dei giocattoli alle norme previste in materia di sicurezza
11. copia di notifica di inizio attivita' – ai sensi del regolamento CE n. 852/04, presentata alla Asl competente
12. tabelle dietetiche approvate o inviate all'ASL - Igiene degli Alimenti (solo per i nidi d'infanzia)
13. dichiarazione di assenza di condanne penali per delitti non colposi a carico del titolare della struttura (autocertificazione – allegato A2)
14. fotocopia fronte retro del documento di identità del dichiarante
15. originale del versamento di Euro .....
    (da versare alla Tesoreria del Comune, ove previsto, per diritti di istruttoria e per rimborso spese di bollo)

N.B.: Di tutta la documentazione elencata si richiedono n. 2 fotocopie

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

Normativa di riferimento:

- L. 447/1995 e ss.mm.ii.
- D.M. 236/1989
- Reg.to C.E. 852/2004
- D.lgs 81/08 e ss.mm.ii.
- D.M. 37/2008 (ex 46/90) e ss.mm.ii.
- Legge Regione Liguria n. 6/2009 *"Promozione delle politiche per i minori e i giovani"*
- DGR n. 588/2009 *"Approvazione delle linee guida sugli standard strutturali, organizzativi e qualitativi dei servizi socio educativi per la prima infanzia, in attuazione dell'articolo 30, comma 1, lettera d) della l.r. 9/04/2009, n. 6."*

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

Allegato A1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

a ..... residente in ..... .

Via ..... n. .....

in qualità di (Titolare/Rappresentante Legale o Tecnico abilitato) e consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

che i locali sede dell'attività oggetto dell'istanza di autorizzazione al funzionamento presentata il

relativamente alla struttura denominata .....
sita in Piazza / Via.....

(*) fanno parte di un immobile costruito anteriormente al 1934 e che, successivamente, non è stato oggetto di opere di ristrutturazione soggette a DIA o Permessi di costruire.

(*) sono in possesso del decreto di abitabilità–agibilità n. ..... del .....

(*) cancellare la voce che non interessa

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IN FEDE

(Firma) .....

Data .....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia (fronte retro leggibile) , non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

Allegato A2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....
in qualità di Titolare / Legale Rappresentante/ ditta .....
nato/a il ..... a ..... residente in .....
Via ..... n. .....

C.A.P..... telefono ..... fax .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 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. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di non avere riportato condanne passate in giudicato né di avere procedimenti penali in corso.

La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune di ..... ai fini delle responsabilità penali rimanendo le stesse a totale carico del dichiarante.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IN FEDE

(Firma) .....

Data_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

ALLEGATO B

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI _____

....., li .....

Oggetto: COMUNICAZIONE di inizio attività di Servizi Educativi domiciliari (L.R. 6/2009 DGR 588/2009
- EDUCATORE/EDUCATRICE DOMICILIARE ☐
- EDUCATORE/EDUCATRICE FAMILIARE ☐
- MAMMA ACCOGLIENTE ☐

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... Provincia di |_|_| il |_|_|.|_|_|.|_|_|

residente a .....Via .....

Provincia di |_|_| C.A.P. |_|_|_|_|_| Tel .....

in qualità di TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE di .....
con sede legale in .....

Avente: Partita I.V.A. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Iscrizione Albo Regionale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

C O M U N I C A

☐ NUOVA APERTURA
☐ AMPLIAMENTO
☐ TRASFERIMENTO

del servizio educativo domiciliare di:

- EDUCATORE/EDUCATRICE DOMICILIARE ☐
- EDUCATORE/EDUCATRICE FAMILIARE ☐
- MAMMA ACCOGLIENTE ☐

denominato _____
sito in Via _____
Comune _____

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

ALLEGA:

- PLANIMETRIA IN SCALA 1 : 100 DELLA SEDE DEL SERVIZIO, CON INDICAZIONE DELLA DESTINAZIONE D'USO DEI LOCALI, DELLE RELATIVE ALTEZZE E SUPERFICI, DATATA E FIRMATA
- CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE (PER LE COOPERATIVE)
- COPIA DEL CONTRATTO SOTTOSCRITTO CON LA/LE FAMIGLIA/E (vdr Allegato B1)
- PARERE IGIENICO-SANITARIO RILASCIATO DALLA STRUTTURA COMPLESSA DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA DELL'ASL COMPETENTE
- COPIA DI NOTIFICA DI INIZIO ATTIVITA' – AI SENSI DEL REGOLAMENTO CE N. 852/04, PRESENTATA ALLA ASL COMPETENTE
- PROGETTO EDUCATIVO CONDIVISO CON IL COORDINATORE PEDAGOGICO DISTRETTUALE
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (ART. 47 d.p.r. 28/12/2000, n. 445 – vdr Allegato B2)
- AUTOCERTIFICAZIONI (vdr Allegato B3)
  - NUMERO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE (PER LE COOPERATIVE)
  - STATO DI FAMIGLIA (PER LA MAMMA ACCOGLIENTE)
  - TITOLO DI STUDIO RICHIESTO
  - TIROCINIO SVOLTO PRESSO I SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA PUBBLICI / CONVENZIONATI - ALMENO 100 ORE (COMPRENSIVE DI FORMAZIONE NELLE MATERIE DI: SICUREZZA ALIMENTARE; SICUREZZA IGIENICO SANITARIA)
  - CORSI DI FORMAZIONE (ALMENO 20 ORE ANNUALI) O IMPEGNO A FREQUENTARE TALI CORSI ENTRO UN ANNO DALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

N.B. della documentazione presentata si chiedono n. 2 FOTOCOPIE

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- REGOLAMENTO CE 852/2004 *"REQUISITI GENERALI IN MATERIA DI IGIENE APPLICABILI A TUTTI GLI OPERATORI DEL SETTORE ALIMENTALE"*
- LEGGE REGIONALE N. 6/2009 *"PROMOZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI PER I MINORI E I GIOVANI"*
- DGR N° 588/2009 *"APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA SUGLI STANDARD STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E QUALITATIVI DEI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA, IN ATTUAZIONE DELL'ART. 30 COMMA 1 LETTERA D) DELLA L.R. N. 9/04/2009, N. 6"*

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

Allegato B1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....
in qualità di Titolare □ /Legale Rappresentante □ .....
nato/a il ..... a ..... residente in .....
Via..... n. .....
C.A.P.....telefono.....fax .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 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. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

di non avere riportato condanne passate in giudicato né di avere procedimenti penali in corso.

La presente dichiarazione è liberatoria per il Comune di ..... ai fini delle responsabilità penali rimanendo le stesse a totale carico del dichiarante.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IN FEDE

(Firma) .....

Data_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

ALLEGATO B2

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (AUTOCERTIFICAZIONI)

MAMMA ACCOGLIENTE

(Articolo 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La sottoscritta, (cognome) _____ (nome) _____
nata a (luogo) _____ Prov. ( ) il __ / __ / ____ e residente a
(luogo) _____ in Via _____ n. _____ cap. _____ Prov. ( )
telefono _____ fax _____ e-mail
_____
consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

DICHIARA

☐ di essere di stato libero

☐ di essere coniugata con _____
☐ di essere vedova di _____
☐ di essere divorziata da _____
☐ che la famiglia convivente si compone di:
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)
_____
_____
_____
_____
☐ che il/la figlio/a è nato/a in data _____ a _____ (_____)

☐ titolo di studio posseduto _____ rilasciato da (scuola/università) di _____

☐ tirocinio di 100 ore nel/i seguente/i servizio/i pubblico/i convenzionato/i per la prima infanzia
_____
_____
_____

☐ di impegnarsi a partecipare ai corsi di aggiornamento organizzati per gli operatori dei servizi per la prima infanzia in misura di almeno 20 ore annuali.

(luogo e data)
IL DICHIARANTE

La informiamo che i dati che ci ha fornito saranno trattati sia manualmente che mediante computer, potranno comportare il raffronto o l'integrazione da altre fonti e la classificazione per gruppi omogenei e potranno essere utilizzati dalla Regione Liguria per le finalità per cui sono raccolti.
Titolare del trattamento è la Regione Liguria, con sede in via Fieschi 15 - 16100 Genova, mentre responsabili del trattamento sono i Dirigenti delle strutture competenti per materia a cui ci si potrà rivolgere per esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 196/2003, quali in particolare di richiesta di aggiornamento, rettifica, integrazione ovvero cancellazione dei medesimi.

(luogo e data) (firma)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

AVVERTENZA:

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità (in corso di validità) del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

La mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive nei casi in cui possono essere presentate in luogo delle certificazione ai sensi della normativa vigente, costituisce violazione dei doveri di ufficio del dipendente e ogni disservizio può essere segnalato all'ufficio Rapporti con il cittadino della Regione Liguria – Via Fieschi, 15 GENOVA – tel. 800 445 445 – e-mail liguriainforma@regione.liguria.it.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

ALLEGATO B3

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (AUTOCERTIFICAZIONI)

EDUCATORI/EDUCATRICI DOMICILIARI

(Articolo 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a (luogo) _____ Prov. (_____) il __/__/____ e residente a (luogo) _____ Prov. (_____) in Via _____ n. _____ CAP. _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

DICHIARA

☐ di essere di stato libero

☐ di essere coniugato/a con _____
☐ di essere vedovo/a di _____
☐ di essere divorziato/a da _____
☐ che la famiglia convivente si compone di:
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

_____
_____
_____
_____
_____

☐ di essere iscritto nell'albo o elenco _____ con numero _____

tenuto da pubblica amministrazione _____ di _____

☐ di appartenere all'ordine professionale _____

☐ titolo di studio posseduto _____ rilasciato dalla scuola/università di _____ di _____

☐ qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica _____

☐ tirocinio di 100 ore nel/i seguente/i servizio/i pubblico/i convenzionato/i per la prima infanzia
_____
_____
_____

☐ di impegnarsi a partecipare ai corsi di aggiornamento organizzati per gli operatori dei servizi per la prima infanzia in misura di almeno 20 ore annuali.

Barrare la/e voci che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre.

(luogo e data)
IL DICHIARANTE

_____ _____

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

La informiamo che i dati che ci ha fornito saranno trattati sia manualmente che mediante computer, potranno comportare il raffronto o l'integrazione da altre fonti e la classificazione per gruppi omogenei e potranno essere utilizzati dalla Regione Liguria per le finalità per cui sono raccolti.
Titolare del trattamento è la Regione Liguria, con sede in via Fieschi 15 - 16100 Genova, mentre responsabili del trattamento sono i Dirigenti delle strutture competenti per materia a cui ci si potrà rivolgere per esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 196/2003, quali in particolare di richiesta di aggiornamento, rettifica, integrazione ovvero cancellazione dei medesimi.

_____ _____

(luogo e data) (firma)

AVVERTENZA:
Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità (in corso di validità) del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.
La mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive nei casi in cui possono essere presentate in luogo delle certificazione ai sensi della normativa vigente, costituisce violazione dei doveri di ufficio del dipendente e ogni disservizio può essere segnalato all'ufficio Rapporti con il cittadino della Regione Liguria – Via Fieschi, 15 GENOVA – tel. 800 445 445 – e-mail liguriainforma@regione.liguria.it.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

ALLEGATO C

COMUNE DI **ASL ...**
DISTRETTO SOCIOSANITARIO ..

VERBALE DI SOPRALLUOGO DEI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. .....

COMUNE DI _____

Servizio .....(Nome del Servizio)
Indirizzo..... E-Mail .....
Tel..... Fax. .....

Funzionante dal ..... atto autorizzativo n. ..... del .....

Legale rappresentante .....
Ente gestore .....

Tipologia di servizio:

- **Nido d'infanzia** ☐
  1. **Nido a tempo parziale** ☐
  2. **Micronido** ☐
  3. **Nidi aziendali/interaziendali** ☐
- **Servizi integrativi** ☐
  1. **Centro bambino genitori** ☐
  2. **Centro bambine-bambini** ☐
- **Servizi domiciliari** ☐
  1. **Educatore domiciliare** ☐
  2. **Educatore familiare** ☐
  3. **Mamma accogliente** ☐
- **Servizi ricreativi** ☐
- **Servizi sperimentali** ☐

☐ **Sopralluogo di autorizzazione per nuova struttura (o aumento di capienza)**

☐ **Sopralluogo di adeguamento di struttura funzionante**

☐ **Sopralluogo di vigilanza**

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

REQUISITI ORGANIZZATIVO/FUNZIONALI
(Da compilare solo nei sopralluoghi di adeguamento o di vigilanza)

Utenza

capienza autorizzata n. bambini	
n. bambini iscritti	
n. bambini presenti	
fasce di età	
presenza di bambini disabili	

Personale

n. personale totale	
n. personale per tipologia professionale	
n. personale presente	
titoli di studio	
attività di aggiornamento	
sostituzione del personale: lista	

Standard di personale

rapporto educatore/bambini	

Arredamento

adeguato	
eventuale documentazione acquisita	

Giochi

adeguati	
eventuale documentazione acquisita	

- **Progetto Pedagogico**

presente	
progettazione educativo-didattica annuale	

Osservazioni

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

SCHEMA N..... NP/11348 DEL PROT. ANNO 2011	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento Salute e Servizi Sociali Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunita', Servizio Civile - Servizio

REQUISITI STRUTTURALI IGIENICO/SANITARI E DI SICUREZZA

Disponibilità di planimetria SI NO

Certificazione di conformità impianti SI NO

Certificazione di agibilità (*) SI NO

Copia di "Notifica di Inizio Attività" ai sensi del Regolamento Ce n. 852/04, presentata alla Asl territorialmente competente o registrazione ASL
(in presenza di preparazione e/o somministrazione alimenti)

1. **Piano di autocontrollo (HACCP)** SI NO

D.lvo n.81/08 (igiene e sicurezza luoghi di lavoro)

1. **Presenza di documento di valutazione o autocertif. dei rischi** SI NO

• Ubicazione e assetto del Servizio (caratteristiche per tutte le tipologie di servizio)

Condominio/Abitazione indipendente	
Centrale/Periferico	
Raggiungibilità	
Presenza di mezzi pubblici	
Utilizzo di piani interrati e/o seminterrati	
Utilizzo di piani su più livelli	
Luminosità dei locali	
Presenza/assenza di Barriere architett.	
Visitabilità condizionata	

• Articolazione della struttura (caratteristiche da adattare alle diverse tipologie di servizio)

Ingresso / eventuale zona filtro	
Sezioni	
Servizi generali	
Servizi igienici	
N° WC	
N° WC per il pubblico *(solo per i centri bambini-genitori)*	
N° Lavabi/rubinetti	
N° Vaschette bagno	
N° Fasciatoi	

• Organizzazione delle sezioni

Spazi per attività ludiche	
Spazi per il riposo**	
Spazi per il pasto**	

* Nei casi di nuova apertura o adeguamento
** Spazio non obbligatorio per i servizi integrativi

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO

- **Servizi generali**

Ufficio	
Spogliatoi e servizi igienici per il personale	
Cucina e/o terminale di distribuzione pasti *	
Lavanderia	
Locali di deposito e/o sgombero	

* Per i servizi integrativi: dotazione di idonea attrezzatura per la conservazione delle merende

- **Caratteristiche tecniche dell'area esterna (caratteristiche da adattare alle diverse tipologie di servizio)**

Contiguità area esterna	
Superficie	
Presenza di deroga per spazi esterni	
Protezione dai raggi solari	
Pavimentazione adeguata	

- **Osservazioni / consigli per il miglioramento del servizio**
-

Data _____

Firma Compilatori

FINE TESTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Nadia Bazzano)

Data - IL SEGRETARIO