



Azienda Sanitaria Locale di Novara
Sede Legale: viale Roma n°7 – 28100 Novara

Termine per la risposta:
90 gg dalla richiesta

S.S.D. Vigilanza strutture Socio-Assistenziali Socio-Sanitarie e Socio-educative
Arona Piazza De Filippi n. 2 0322-516357
e-mail: vigilanza@asl.novara.it

A.S.L. NO

**Bollo *
€ 16,00***

o copia del titolo di
esenzione dall'imposta
di bollo¹

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ASILO NIDO O MICRO NIDO

NORMATIVA DI RIFERIMENTO: ASILO NIDO L.R. 3/73 E DD.GG.R. 54-3346 DEL
08/06/1975 E 77-3869 DEL 07/07/1976 MICRO NIDO D.G.R. N. 20-6732 DEL 25/11/2013

**DOMANDA CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ E DI
CERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12. 2000, N°445 (DISPOSIZIONI
SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA)**

**INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003 – E GDPR 2016/679 – PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI -NEL COMPILARE QUESTO
MODELLO DI ISTANZA, COME ANCHE PER LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALLEGATO, LE CHIEDEREMO DI FORNIRE DATI PERSONALI CHE
SARANNO TRATTATI DALL'AMMINISTRAZIONE NEL RISPETTO DEI VINCOLI E DELLE FINALITÀ PREVISTE DAL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI
DATI PERSONALI (D.L.GS 196/2003 E GDPR 2016/679). IL TRATTAMENTO AVVERRÀ NELL'AMBITO DELLE FINALITÀ ISTITUZIONALI
DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPlicita MANIFESTAZIONE DEL SUO CONSENSO. IN OGNI CASO
LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E LE ALTRE FACOLTÀ CONCESSE DALLA VIGENTE NORMATIVA.**

La/Il sottoscritta/o, **RICHIEDENTE**

cognome	C H I E D E	nome
nata/o il	comune di nascita	prov.
stato di nascita	cittadinanza	
comune di residenza	prov. resid.	cap. indirizzo residenza
	n°	tel.
	cellulare	@
eventuale domicilio, se diverso dalla residenza (indirizzo)		
comune del domicilio	prov. domic.	cap.
Codice fiscale		

l'autorizzazione al funzionamento di un ☐ ASILO NIDO ☐ MICRO NIDO

di superficie utile complessiva di mq. _____ destinato ad ospitare

n° _____ bambini, di età da 3 mesi a 3 anni, suddivisi in n° _____ lattanti e n° _____ divezzi

¹ Ai sensi dell' 10, comma 8 del D.Lgs. 4-12-1997 n. 460 sono in ogni caso considerati ONLUS, e quindi esenti dall'imposta di bollo, gli organismi di volontariato di cui alla *legge 11 agosto 1991, n. 266*, iscritti nei registri istituiti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, le organizzazioni non governative riconosciute idonee ai sensi della *legge 26 febbraio 1987, n. 49*, e le cooperative sociali di cui alla *legge 8 novembre 1991, n. 381*, nonché i consorzi di cui all'*articolo 8 della predetta legge n. 381 del 1991* che abbiano la base sociale formata per il cento per cento da cooperative sociali. Sono fatte salve le previsioni di maggior favore relative agli organismi di volontariato, alle organizzazioni non governative e alle cooperative sociali di cui, rispettivamente, alle citate leggi n. 266 del 1991, n. 49 del 1987 e n. 381 del 1991

Il servizio denominato _____

sarà ospitato presso⁵: _____

indirizzo _____

tel. _____ fax _____ @ _____

A tal fine, consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

IMPRESA / ENTE / SOCIETA' - TITOLARE	☐ di essere titolare dell'omonima impresa individuale, iscritta al Registro delle Imprese presso la CCIAA di _____ n° _____ in data _____ @ _____ PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria
	<i>Oppure</i>
	☐ di essere legale rappresentante della sottoindicata società/ente: denominazione ente o ragione sociale e tipo società _____ _____
	atto costitutivo in data _____ registrato a _____ il _____ n. _____ _____ comune sede legale prov. _____ indirizzo _____ cap. _____ codice fiscale _____ o P. IVA (se diversa da codice fiscale) _____
	iscrizione al Registro Imprese presso la CCIAA di _____ n. _____ in data _____ @ _____ PEC Posta Elettronica Certificata obbligatoria

CAUSE OSTATIVE

☐ l'assenza di condanne penali a proprio carico (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco delle stesse (vanno autocertificate le condanne *estinte, per le quali è intervenuta riabilitazione, quelle con il beneficio della non menzione, o relative a reati depenalizzati*) e di eventuali riabilitazioni _____)

☐ l'inesistenza a proprio carico di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato, preventivo o di amministrazione controllata (IN CASO CONTRARIO indicare l'elenco di essi e di eventuali riabilitazioni _____)

PERSONALE	☐ che all'interno della struttura presterà servizio il seguente personale:	
	☐ N. 1 responsabile del servizio	
	☐ N. 1 coordinatore/trice, pedagogico/a	
	☐ N. 1 pediatra	
	☐ N. _____ educatori/trici, a tempo pieno	
	☐ N. _____ educatori/trici, part time al _____ %	
	☐ N. _____ educatori/trici, part time al _____ %	
	☐ N. _____ operatori/trici ausiliari, di cui N. _____ addetti/e alla cucina _____ (specificare numero, qualifica)	
	È fatto obbligo all'esercente l'attività di comunicare all'ASL prima dell'inizio dell'attività i nomi degli operatori ed i titoli di studio dagli stessi posseduti ed autocertificare l'avvenuta ottemperanza all'obbligo di cui all'art. 2 del D. Lg.Vo n. 39 del 4 marzo 2014⁶.	

AGIBILITA'	☐ i locali sono agibili in quanto il Comune ha rilasciato certificato (prot. n. _____ in data _____) di agibilità per uso _ _____ e non sono state effettuate successive modifiche ai locali;
	<i>oppure</i>
	☐ i locali sono agibili in quanto è stata presentata domanda di agibilità per uso _____ al Comune di _____. La domanda è stata registrata al protocollo comunale al n. _____ in data _____ ed il provvedimento di agibilità si è formato per silenzio assenso. Non sono state effettuate successive modifiche ai locali;
	<i>oppure</i>
	☐ non è noto il provvedimento del Comune di rilascio dell'agibilità e si allega quindi attestato di salubrità dell'immobile redatto da tecnico abilitato secondo fac-simile ASL

IMPIANTI	PER GLI IMMOBILI CON AGIBILITA' RILASCIATA IN DATA ANTECEDENTE AL 1° GENNAIO 2002 (DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380) O NELL'IMPOSSIBILITA' DI COMUNICARE GLI ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI AGIBILITA'
	☐ si allega dichiarazione (originale o in copia conforme) di conformità degli impianti presenti nell'unità immobiliare redatta dalle imprese installatrici (art. 7, comma 1, D.M. 22 gennaio 2008 n. 37) relativamente a
	☐ impianto elettrico
	☐ impianto riscaldamento
	☐ impianto climatizzazione e condizionamento
☐ impianto ascensori, montacarichi, scale mobili	
☐ impianto protezione antincendio	
☐ impianto idrico sanitario	
☐ impianto gas	
<i>oppure</i>	

	si allega dichiarazione di rispondenza degli impianti alla normativa vigente redatta da tecnico in possesso dei requisiti di cui all'art.7 comma 6 D.M. 22/01/2008
--	--

BARRIERE	PER GLI IMMOBILI CON AGIBILITA' RILASCIATA IN DATA ANTECEDENTE AL 1° GENNAIO 2002 (DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380) O NELL'IMPOSSIBILITA' DI COMUNICARE GLI ESTREMI DEL PROVVEDIMENTO DI AGIBILITA'
	☐ si allega dichiarazione, sottoscritta da tecnico abilitato di accessibilità ai soggetti portatori di handicap usufruenti di sedia a ruote, secondo quanto stabilito dal D.P.R. n. 503/1996.

D. Lgs. 81/2008	☐ Al fine del rispetto delle disposizioni normative in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro dovranno essere presenti e visionabili a richiesta:
	☐ VALUTAZIONE DEI RISCHI:
	☐ autocertificazione del datore di lavoro dell'avvenuta valutazione dei rischi (numero addetti inferiore a 10)
	☐ documento valutazione dei rischi (numero addetti superiore a 10)
	☐ piano emergenza
☐	☐ dichiarazione del datore di lavoro che tutti i luoghi rispondono ai requisiti previsti dal D.lgs 81/08

RISTORAZIONE	Di aver presentato Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) al SUAP del Comune di _____ prot. _____ del _____ per l'affidamento dell'attività di gestione del Servizio di Somministrazione/preparazione pasti alimenti e bevande alla società _____
---------------------	---

DICHIARA - i n o l t r e

di essere disponibile al coordinamento con la rete dei servizi per la prima infanzia ed al raccordo con i servizi sociali presenti sul territorio

- di impegnarsi a registrare le presenze dei bambini su apposito registro recante anche il nominativo ed il numero di telefono del parente di riferimento
- di impegnarsi ad esporre in modo visibile all'ingresso l'autorizzazione al funzionamento, il regolamento di organizzazione, l'orario di apertura giornaliero e le tariffe applicate
- di impegnarsi a conservare presso la sede dell'attività i titoli di studio degli operatori ed il certificato del Casellario Giudiziale acquisito ai sensi dell'art. 2 del D. Lg.Vo n. 39 del 4 marzo 2014 ed a renderli disponibili – a richiesta – della Commissione di Vigilanza
- di impegnarsi a non ospitare contemporaneamente più bambini rispetto al numero massimo dei bambini ospitabili indicato in autorizzazione
- di impegnarsi a richiedere ai genitori⁹ dei bambini ospitati dichiarazione scritta (conservata presso la sede dell'attività per tutto il periodo della frequenza ed esibita - a richiesta - alla Commissione di Vigilanza dell'ASL) che il minore è stato regolarmente vaccinato e che non è affetto da malattie infettive e contagiose clinicamente accertate
- impegnarsi ad osservare leggi, decreti e regolamenti, vigenti o emanati quando il servizio sarà in funzione, relativi alla salute, alla sicurezza, ad aspetti amministrativi, assicurativi, sociali, contributivi, fiscali o comunque correlati all'attività svolta
- di impegnarsi a comunicare all'ASL ogni variazione delle caratteristiche del servizio e gli estremi della polizza assicurativa R.C., ove non comunicati nell'ambito della presente richiesta.

ALLEGATI OBBLIGATORI ALL'ISTANZA

┌ Copia fotostatica fronte retro di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità. La mancanza di tale documento comporta la non ammissibilità dell'istanza stessa.	┌ Attestazione del pagamento dei diritti sanitari previsti dalla D.G.R. n°42-12939 del 15/07/2004 (la causale e gli importi sono riportati nella nota sottostante)
NOTA: PARERE IGIENICO-SANITARIO PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA DI ASILO NIDO/MICRO NIDO; importo: fino a 200 mq € 52,00; oltre € 104,00) da effettuarsi: - C/C POSTALE N. 11874286 INTESTATO A "AZIENDA SANITARIA LOCALE NOVARA" causale "SISP – PARERE ISTRUTTORIO" - oppure - BONIFICO BANCARIO IBAN IT38U0503410109000000000222 intestato ad "AZIENDA SANITARIA LOCALE NOVARA" - causale "SISP – PARERE ISTRUTTORIO"	
┌ N° 2 marche da bollo da 16,00 € da apporre una sulla domanda e una sull'atto autorizzativo (o copia del titolo di esenzione dall'imposta di bollo)	┌ N°2 copie delle planimetrie quotate dei locali (piante prospetti, sezioni e layout di attrezzature e arredi) in scala 1:100 conformi alle concessioni e/o DIA licenziate timbrate e sottoscritte da tecnico abilitato, dal titolare dell'attività o dal LR del soggetto gestore, con indicate le superficie e le altezze, le destinazioni d'uso dei locali e le verifiche analitiche e separate dei R.A.I., la descrizione dei percorsi di accessibilità, di visitabilità e le relative aree o pertinenze esterne annesse.
┌ schema orario del personale secondo il modello fornito dall'ASL	
┌ copie relazione descrittiva igienico - sanitaria, con tabella riepilogativa dell'applicazione degli standard previsti dalla normativa regionale, per definire il numero dei bambini che possono essere accolti; 10	┌ REGOLAMENTO INTERNO del servizio (compresi gli eventuali allegati), coerente con il progetto educativo, datato e firmato dal/la richiedente, comprendente i seguenti elementi: - criteri per l'accettazione delle domande di iscrizione, - orario, calendario di funzionamento e rette a carico degli utenti, - n° di ore di frequenza massime giornaliere per bambini/e, - modalità per la tutela della salute dei/le bambini/e in comunità (autocertificazione vaccinazioni, procedure per: eventuale somministrazione farmaci, allontanamento, richiesta e attivazione di diete speciali, ecc...), - forme di partecipazione dei genitori all'attività del servizio, - strumenti previsti per la valutazione del servizio da parte dei genitori, - procedure per assicurare la tutela degli utenti (riferimenti polizza responsabilità civile, trattamento dati personali, autorizzazioni alla realizzazione di materiale fotografico o video, modalità previste per l'autorizzazione alle uscite didattiche e per la delega al ritiro dei/le bambini/e), - forme e strumenti di raccordo con i servizi socio educativi e sanitari del territorio e con il Comune;
┌ copia del progetto educativo nel quale vi è coerenza tra finalità, obiettivi ed aspetti organizzativi, datato e firmato dal richiedente, che esplicita: - finalità del servizio, - obiettivi educativi e di apprendimento, - descrizione e motivazione pedagogica della scelta organizzativa delle sezioni: gruppi omogenei o gruppi eterogenei ("verticali"); - inserimento del bambino al nido/micronido, - articolazione della giornata in relazione ai momenti di cura, ai bisogni educativi e di apprendimento dei bambini, specifica per ogni sezione, - spazi, loro organizzazione e materiali utilizzati in funzione dei momenti di cura, degli obiettivi educativi e di apprendimento e alla scelta organizzativa delle sezioni, - descrizione delle esperienze educative relative alle diverse aree di sviluppo dei bambini (motoria, comunicazione e linguaggi, cognitiva, affettivo – relazionale – sociale), diversificate secondo la scelta organizzativa delle sezioni, - partecipazione delle famiglie, - documentazione delle esperienze educative, - valutazione e verifica del servizio, - interventi di formazione ed aggiornamento del personale;	

Il sottoscritto, con la firma della presente istanza, si impegna a garantire l'assistenza adeguata nelle modalità definite dalla normativa di riferimento.

Il sottoscritto autorizza, altresì, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo di rilascio del titolo autorizzativo.

Data

Firma

.....

.....