



COMUNE DI FERRARA

Città Patrimonio dell'Umanità



Assessorato alla Sanità, Servizi alla Persona, Politiche Familiari
Settore Servizi alla Persona – Istruzione Formazione
Servizio alla Salute – Politiche Socio Sanitarie
U.O. Autorizzazioni Sanitarie e Veterinarie

ATTIVITA' SOCIO ASSISTENZIALE PER STRUTTURE DENOMINATE "CASA FAMIGLIA"
STRUTTURA CHE PUO' ACCOGLIERE FINO AD UN MASSIMO DI N. 6 OSPITI

COMUNICAZIONE DI AVVIO DELL' ATTIVITA'

- ai sensi della Delibera Giunta Regionale n. 564/2000 paragrafo. 9.1 -

Il/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

residente in _____ CAP _____ (Prov. _____)

via/piazza _____ n. _____

domiciliato/a in _____ CAP _____ (Prov. _____)

via/piazza _____ n. _____

tel. _____ cell _____ Fax _____

PEC: _____ @ _____

e-mail _____ @ _____

in qualità di:

avente titolo quale (es. soggetto gestore) _____

altro _____

rappresentante legale della società :

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale in _____ CAP _____ (Prov. _____)

via/piazza _____ n. _____

con recapito in _____ CAP _____ (Prov. _____)

via/piazza _____ n. _____

tel. _____ cell _____ Fax _____

PEC _____ @ _____

e-mail _____ @ _____

COMUNICA

- che la CASA FAMIGLIA denominata _____
ubicata nel Comune di Ferrara – Via _____ n. _____

ha avviato l'attività di Casa Famiglia in data _____;

- il numero massimo (entro le sei unità) di utenti che possono essere ospitati nella sede: n. _____
- le caratteristiche dell'utenza ospitata (es. anziani autosufficienti) : _____
- il numero del personale che opera nella Casa Famiglia n. _____
- la qualifica del personale che opera (ad esempio: Operatore Socio Assistenziale, Operatore Socio Sanitari, Operatore Tecnico Assistenziale, Addetto Assistenza di Base): _____

la modalità di accoglienza dell'utenza: (convenzione con enti pubblici, rapporto diretto con gli utenti ecc);

- la retta richiesta agli ospiti e/o familiari (specificare se giornaliera o mensile) _____;
- eventuali partecipazione alla spesa di soggetti pubblici _____;

DICHIARA

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dell'articolo 76 del D.P.R. citato

- di impegnarsi a comunicare le modifiche e le variazioni, che si dovessero verificare nel corso dell'attività, al Servizio alla Salute – Politiche Socio Sanitarie/ U.O. Autorizzazioni Sanitarie e Veterinarie del Comune di Ferrara;
- di essere consapevole che la presente comunicazione di avvio attività viene depositata, facendo salvi i diritti e gli interessi dei terzi, rimanendo obbligato a tenere indenne il Comune da ogni azione, molestia o spesa che potesse, in qualsiasi tempo e modo e per qualsiasi ragione, essere causata dalla presente comunicazione.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del DLgs 30/06/2003 n. 196, che i dati personali sopra riportati saranno trattati e diffusi, anche con strumenti informatici, esclusivamente nel pieno rispetto dei principi fissati dalla normativa richiamata.

Allegati Obbligatorii:

- Scheda Tecnica di autocertificazione che attesta i requisiti strutturali e organizzativi previsti dalle normative vigenti
- Planimetria: possibilmente in scala 1:100, in duplice copia con individuazione del numero dei posti letto
- Carta dei servizi (ai sensi dell' art 13 della legge n. 328/2000)

(qualora il caso sussista)

- Dichiarazione di altre persone (Amministratori, Soci) Indicate all' Art. 2 D.P.R. 252/1998 (in caso di società).

Ferrara, _____

Firma _____

L'interessato munito di documento di riconoscimento dovrà presentare la comunicazione personalmente ed apporre la firma di fronte all'incaricato del Servizio, oppure, in caso che non sia presentata personalmente, dovrà essere allegata copia del documento di identità.