



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

SCHEDA TECNICA

(approvata con Delibera G.C. – n. 2015 -548 seduta del 03/11/2015 – P.G. 113350/2015)
Autocertificazione dei soggetti gestori di Strutture paragrafo 3 DGR n. 564/00 “denominate Case Famiglia”
operanti sul territorio del Comune di Ferrara
Non soggette all’obbligo di Autorizzazione al funzionamento

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome	Nome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
C.F. <input type="text"/>	Data di nascita <input type="text"/>	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Stato <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>	Cittadinanza <input type="text"/>
Luogo di nascita: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/Piazza, ecc. <input type="text"/>	N. Civ <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
Residenza: <input type="text"/>	Comune e provincia <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>
PEC <input type="text"/>		

In qualità di: Titolare della struttura Rappresentante legale della società
 Altro _____ Avente titolo quale _____

C.F. <input type="text"/>	P. IVA (se diversa da C.F.) <input type="text"/>
Denominazione o ragione sociale (in caso di società) <input type="text"/>	
con sede nel Comune di <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>
Via, piazza <input type="text"/>	N° civico <input type="text"/>
CAP <input type="text"/>	N. di iscrizione al R.I (se già iscritto) <input type="text"/>
della CCIAA <input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>
PEC <input type="text"/>	
e-mail <input type="text"/>	

TIPOLOGIA ATTIVITA' SOCIO ASSISTENZIALE:

Casa Famiglia fino ad un massimo di n. 6 ospiti.

<input type="checkbox"/>	Ubicata in Ferrara – Via _____ n. _____
	Denominazione: _____

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in applicazione dell'art. 38 del DPR n. 445/00, nell'ipotesi che la sottoscrizione non avvenga dinanzi all'impiegato addetto alla ricezione della comunicazione..

Spazio riservato all'ufficio

Io sottoscritto _____ dichiaro, ai sensi dell'art. 38 DPR n. 445/2000, che il dichiarante Sig./ra _____ la cui identità mi risulta da _____ rilasciata il _____ dall'Ente _____ ha apposto in mia presenza la propria firma sul presente modulo.

Firma dell'incaricato

IL SOTTOSCRITTO VISTI GLI ARTT. 46 e/o 47 DPR n.445/2000 consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le mendaci dichiarazioni e la formazione o uso di atti falsi (Art.76, DPR n.445/2000), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, DPR n.445/2000)

DICHIARA CHE :

non sussistono nei propri confronti "cause divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575" (antimafia) ¹

L'immobile dove viene effettuata l'attività socio-assistenziale è dotato di:

Certificato conformità edilizia e di agibilità rilasciato il _____;

SOLO PER LE STRUTTURE GIA' ESISTENTI alla data del 08/07/2008

In quanto non in possesso del certificato di conformità edilizia e di agibilità, di essere in possesso di asseverazione del tecnico iscritto all'albo dei..... con il n.....;

La Casa Famiglia è situata in Via _____;

Villetta mono familiare

bifamiliare

in appartamento condominiale: Al piano terreno
 rialzato
 al piano n _____

La Casa Famiglia si impegna a provvedere all'adeguamento degli spazi sia interni che esterni qualora ospiti anziani il cui piano assistenziale ovvero il cui stato di salute richieda, per l'effettiva erogazione dei servizi offerti, il superamento delle barriere architettoniche;

Le camere da letto hanno una superficie non inferiore a mq 9 per un ospite e mq 14 per 2 ospiti.

Le camere da letto sono complessivamente n. _____, di cui n. _____ con un posto letto e n. _____ con due posti letto.

Gli arredi sono adeguati per conformità e numero alla tipologia degli ospiti;

La Casa Famiglia è dotata di una zona giorno adeguata all'intrattenimento degli ospiti, separata dalla zona notte;

La Casa Famiglia opera nel rispetto della normativa vigente;

La Casa Famiglia opera nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i. relative alla sicurezza sui luoghi di lavoro e alla salute dei lavoratori durante il lavoro;

¹ Nel caso di Società, tutte le altre persone di cui al D.P.R. 252/98 rendono una dichiarazione apposita, allegando il modulo "Dichiarazione di altre persone (Amministratori, Soci)".

- La Casa Famiglia opera nel rispetto delle disposizioni di cui alla Legge n. 46/90 e al D.M. 37/08 s.m.i. relative alla sicurezza degli impianti elettrici, termici idrosanitari e condizionamento;
- La Casa Famiglia garantisce la verifica dell'impianto di messa a terra ai sensi del DPR n. 462/01 ed è in possesso di certificazione di conformità dell'impianto termico (se potenzialità uguale o inferiore a 35 kW) o collaudo ISPESL o domanda di collaudo (per potenzialità superiori);

L'attività socio-assistenziale della Casa Famiglia è erogata nel rispetto di quanto segue:

- La capacità ricettiva complessiva è di n. _____ (DM 21 maggio 2001 n. 308 – DGR 564/00);
- I contratti di lavoro dei dipendenti e dei collaboratori rispettano le norme contrattuali ed assicurative e previdenziali vigenti;
- La necessaria assistenza sanitaria agli utenti è affidata:
 - al Dott. _____ avendone acquisito accettazione dai singoli ospiti ;
 - al Medico di Medicina Generale di libera scelta di ciascun ospite ;
- La Casa Famiglia accoglie solo gli ospiti previsti dalla DGR 564/00 e s.m.i. a bassa intensità assistenziale
- La Casa Famiglia assicura le dimissioni dell'ospite qualora riscontri una perdita delle autonomie tale da non ritenere più l'ospite medesimo nelle condizioni di cui al precedente punto;
- La Casa Famiglia 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 la Casa 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;
- La Casa Famiglia individua come coordinatore responsabile il Sig. _____;
- La Casa Famiglia garantisce un'adeguata assistenza infermieristica per la somministrazione delle specialità medicinali.(ai sensi del DM del 14 settembre 1994 n. 739);
- La Casa Famiglia cura l'approvvigionamento dei medicinali ordinati dal medico e la conservazione degli stessi in un apposito armadietto chiuso a chiave e se necessario a temperatura idonea alla conservazione degli stessi e separati dagli alimenti;
- La Casa Famiglia predispone la Carta dei Servizi di cui all'art 13 del Dlg n. 328/2000 da fornire agli ospiti al momento dell'ingresso in Casa famiglia, comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con individuazione delle prestazioni ricomprese.
- La Casa Famiglia adotta un registro degli ospiti con l'indicazione dei piani individualizzati di assistenza (ai sensi del D.M. del 21 maggio 2001 n.308) e predispone per ciascuno di essi una cartella aggiornata con i dati personali, la diagnosi sulle condizioni psicofisiche 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).

TUTELA DATI PERSONALI Il sottoscritto dichiara di essere informato che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della norma citata. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività di questa amministrazione.

Ferrara lì _____

Firma