Piano di Zona Sociale Ambito A04

Comune di Avellino
Piazza del Popolo, 1
Tel. 0825 200 557 - 324 - 316 - 280
pec: ufficioprotocollo@cert.comune.avellino.it

Ministero dell'Economia e delle Finanze — MARCA DA BOLLO €16,00 SEDICI/00
Agenzia Entrate
00001130 00000494C W00AV001
00095542 24/02/2017 12:30:33
4578-00088 5C0393465A7599AE
IDENTIFICATIVO : 01160314436727
0 1 16 031443 672 7

Al Comune di Avellino
Comune Capofila *Ambito A04*
Ufficio di Piano
P.zza del Popolo
83100 AVELLINO

OGGETTO: SEGNALAZIONE CERTIFICATA INIZIO ATTIVITA' esercizio servizi territoriali e domiciliari – art. 7 del Regolamento 7 aprile 2014 n. 4 di Attuazione della Legge Regionale 23 ottobre 2007 n. 11

Il sottoscritto ALBERICO LANNACCONE
nato a AVELLINO Provincia AV il 17.05.1970
residente a CANDIDA Provincia AV in Via/Piazza V. TERMITE n. 1/C C.A.P. 83040
Codice Fiscale NNC LRC 70E 17A 509H di cittadinanza ITALIANA
in qualità di ☐ *titolare* ☒ *legale rappresentante* della ditta/società COOPERATIVA SOCIALE "IL SORRISO" O.N.L.U.S.
con sede legale a AVELLINO Provincia AV
in Via/Piazza V. ANNARUMMA n. 96 C.A.P. 83100
C.F. 02 05 38 40 647 P.IVA 02 05 3840647
Telefono 0825 39771 Fax 0825 39544 PEC ilsorrisoav@legalmail.it

SEGNALA (*segnalazione di inizio di attività* art. 19 legge n. 241/1990)

come previsto dall'art. 7 del regolamento di cui in oggetto per le attività di cui alla Legge Regionale 23 ottobre 2007 N. 11, quale ***prestatore del servizio,*** le cui attività sono destinate a ANZIANI E DISABILI, ed ubicato nel Comune di AVELLINO (AV) alla Via ANNARUMMA n. 1/C, a partire dalla data di presentazione della presente, l'inizio dell'attività per il servizio di cui sopra rientrante nella sezione "B" del catalogo allegato al citato regolamento e nello specifico *(un solo servizio per domanda)*:

	Area intervento	**Denominazione**		Area intervento	**Denominazione**
☐	Persone con disabilità	SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA	☐	Responsabilità familiari e diritti dei minori	PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI SOSTENUTI DA BUDGET DI SALUTE
☒	Persone anziane e persone con disabilità	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI	☐	Persone anziane e persone con disabilità	ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE

☐	Persone anziane e persone con disabilità	TELESOCCORSO	☐	Donne in difficoltà	CENTRI PER LE FAMIGLIE
☐	Donne in difficoltà	SERVIZIO DI MEDIAZIONE FAMILIARE	☐	Donne in difficoltà	LABORATORI DI EDUCATIVA TERRITORIALE
☐	Donne in difficoltà	CENTRI ANTIVIOLENZA	☐	Immigrati	SERVIZIO DI MEDIAZIONE CULTURALE
☐	Multiutenza	SEGRETARIATO SOCIALE	☐	Multiutenza	TELEFONIA SOCIALE
☐	Multiutenza	TRASPORTO SOCIALE	☐	Multiutenza	UNITA' MOBILE DI STRADA
☐	Multiutenza	SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE			

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Il possesso dei requisiti specifici indicati nel Catalogo per il servizio scelto e dei seguenti requisiti comuni:

a) il legale rappresentante e i componenti degli organi direttivi del prestatore non sono stati condannati in via definitiva per delitti non colposi di cui al libro II, titoli II, IX, XI, XII e XIII del codice penale, per i quali non è intervenuta la riabilitazione e non devono sussistere nei suoi confronti cause di divieto, decadenza, sospensione ai sensi del decreto legislativo n. 159 del 2011;

b) rispetto delle norme generali in materia di urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, sicurezza del lavoro, igiene e prevenzione incendi;

c) rispetto dei contratti di lavoro, degli inquadramenti professionali e delle norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;

DICHIARA ANCORA

Di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Di seguito, nel caso ove necessario, precisa (annotazioni importanti o specifiche inerenti trasferimento sede, variazioni, modifiche ecc.) che: _____

_____

_____

_____

A tal fine allega la seguente documentazione:

a) copia dell'atto costitutivo e dello statuto del prestatore se trattasi di soggetto del terzo settore o di azienda pubblica di servizi alla persona;

b) elenco del personale e delle relative qualifiche e funzioni;

c) copia della carta dei servizi;

d) copia della polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli utenti, i dipendenti e i volontari;

e) relazione tecnica in cui venga presentato il progetto di gestione del servizio con particolare riferimento alla specifica di tutti gli elementi caratterizzanti il servizio stesso, così come previsti nella sezione "B" del catalogo dei servizi di riferimento;

f) copia documento riconoscimento;

g) attestazione di pagamento dei diritti di segreteria per euro 64,50 tramite C.C.P. n. 10477834 intestato a "Comune di Avellino/servizio tesoreria" con causale "diritti segreteria Piano di Zona Ambito A04;

h) _____

Avellino, 24/02/2017

luogo data

Firma

Coop. Soc. "IL SORRISO" ONLUS
Via Annarumma, n. 96
83100 AVELLINO
P.I. E Cod.Fisc. 02053840647

Comune di Avellino

********** RICEVUTA PROTOCOLLO **********

Amministrazione:	Comune di Avellino
Codice Amministrazione:	AV
Numero Protocollo:	16704
Data Protocollazione:	28/02/2017
Oggetto:	POSTA CERTIFICATA : SCIA COOPERATIVA IL SORRISO SERVIZI DOMICILIARI SOCIO SANITARI (PEC - 28/02/2017 10:27:05)
Classificazione:	COMUNE DI AVELLINO / CLASSIFICA GENERICA / CLASSIFICA GENERICA
Titolo:	COMUNE DI AVELLINO
Classe:	CLASSIFICA GENERICA
Prot. registrato da:	Renza Maria Rosaria

Mittenti pratica

ilsorrisoav@legalmail.it

Assegnazioni pratica:

Dirigente II SETTORE SERVIZI SOCIALI Operatore Servizi Sociali e Piano di Zona sociale