**Allo Sportello UDOS**

**Azienda Speciale Consortile**

**Comuni Insieme per lo Sviluppo Sociale**

**P.zza Martiri della Libertà, 1**

**20021 BOLLATE (MI)**

[comuni-insieme@pec.it](mailto:comuni-insieme@pec.it)

**p.c. ATS Città Metropolitana MILANO**

**UOC Vigilanza e controllo Strutture Sociali**

**Via Candiani, 2**

**20025 LEGNANO (MI)**

[protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)

[vigilanzasociale@ats-milano.it](mailto:vigilanzasociale@ats-milano.it)

**p. c. Al Comune di ………………………………**

Pec del Comune….

**Oggetto: Comunicazione Preventiva per l’Esercizio delle strutture relative alle Unità d’Offerta della rete sociale di cui all’art. 4 comma 2 della Legge Regionale n. 3/2008**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………………………………... nato/a a ………………………………………….…………………………..….. prov. ………………. il ……………….………………

residente a ……………………………………..………………………………………….…………………. prov. ………………………

in via ……………………………………………………………….……………………………………………... n. ……………………….

Codice fiscale………………………………………………………………………………………………………………………………….

**In qualità di Legale Rappresentante**, nominato in data ………………….……………………………….. con atto (specificare tipologia atto/provvedimento) ………………………………….………………………………………………. dell’Ente/Società/Organizzazione denominata ……………………………………….…………………………………….. natura giuridica …………………………………………………………………………………..………............... Onlus SI - NO con sede legale a ………………………………………………………………………..………………… prov.………………………. in via ……………………………………………………………………………………………………………………. n. …………………… telefono ………………………………………………………………........................ fax ……..………….…………………………. e-mail ………………………………………………………………..…… pec ………………………………………………………….. sito internet ……………………………………………………………………………………………………………………......... P.IVA ………………………………………………………………………….. C.F. ………………………………………………………… data di costituzione/fondazione ……………………………………………..……………………………………………………….

Polizza Assicurativa per Responsabilità Civile stilata in data ……………….………………… con ………………………………………………………………………….……………… scadenza del …………..…………………………

**Comunica**

**[[1]](#footnote-1)……………………………………………………………………………………………………………….** dell’Unità d’Offerta Sociale denominata …………………………………………………………………………………………………………….. telefono ………………………………………..…………………………………. Fax ……………………………………………………. E-mail …………………………………………………………………………………………………..…………….. sita nel Comune di ………………………………………..………………………….………………………………..…….… prov. ........................... in via ……………………………………………………………..……………………………………………….. n. ………………………….

ed adibita a:

* ASILO NIDO
* MICRONIDO
* CENTRO PRIMA INFANZIA
* NIDO FAMIGLIA
* CENTRO AGGREGAZIONE GIOVANILE
* COMUNITA’ EDUCATIVA
* COMUNITA’ FAMILIARI
* ALLOGGIO PER L’AUTONOMIA
* CENTRO RICREATIVO DIURNO
* COMUNITA’ ALLOGGIO DISABILI
* CENTRO SOCIO EDUCATIVO
* SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL’AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI
* CENTRI DIURNI PER ANZIANI
* ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI
* COMUNITA' ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI (C.A.S.A.)

**NEL CASO DI TRASFERIMENTO IN ALTRA SEDE:**

Indirizzo di Unità d’Offerta precedente

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Trasferimento decorre da ……………………………………………………………………………………………………………..

**NEL CASO DI VARIAZIONE DELLA CAPACITA’ RICETTIVA DELL’UNITA’ D’OFFERTA:**

Indicare il numero di capacità ricettiva precedente ……….….……………….………………………………………...

Nuova capacità ricettiva di n. …………….. utenti - decorre da ……..…………………………………………………

**NEL CASO DI TRASFORMAZIONE DI UNITA’ D’OFFERTA ESISTENTI:**

Indicare l’Unità di Offerta precedente e sua denominazione

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Trasformazione decorre da ……………………………………………………………………………………………………………..

**NEL CASO DI CAMBIAMENTO DEL SOGGETTO GESTORE:**

Denominazione Soggetto Gestore precedente ………………………………………………………………………………..

Cambiamento del Soggetto gestore decorre da …………………………………………………………………………..

**Dichiara**

* Che detta Unità d’Offerta è idonea ad accogliere n. ………………. Utenti

SOLO PER COMUNITA’ EDUCATIVE, COMUNITA’ FAMIGLIARI, ALLOGGI PER L’AUTONOMIA indicare:

destinata a minori di età compresa tra i ………. anni e i …….….. anni

maschi femmine maschi e femmine

con funzioni senza funzioni di pronto intervento

destinata a mamme con bambini

con funzioni senza funzioni di pronto intervento

* Che la struttura in cui è ubicata l’Unità d’Offerta è di proprietà non è di proprietà dell’Ente Gestore
* Che l’inizio delle attività decorrerà dal …………………………………
* Che il Referente dell’Unità d’Offerta coincide con il Legale Rappresentante, ovvero è stato individuato nella persona di (*nome e cognome*) ………………………………………………………………, C.F. ………………………………………………………………………….., a far data dal ………………………………….. con atto (specificare tipologia atto/provvedimento) ………………………..…………………………………
* Di essere in possesso di
  + Certificato di iscrizione all’Albo delle imprese della Camera di Commercio
  + Certificato di iscrizione al registro delle persone giuridiche di diritto privato
* Certificato di iscrizione all’Albo delle Cooperative presso la Prefettura
* Certificato di iscrizione ai registri presso …………………………………………… registrato in data ………………………….

Si impegna a soddisfare tempestivamente e formalmente quanto previsto dalle indicazioni operative del D.d.g. 15 febbraio 2010 n. 1254 circa il debito informativo a suo carico (modifica del legale rappresentante, cessazione dell’attività….) così come l’eventuale cessione a terzi della gestione ed eventuale successive variazioni di standard sia strutturali che organizzativi.

**Allega**

* Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato n. 1);
* Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione al Registro delle Imprese (allegato n. 2)
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione inerente i requisiti soggettivi del legale rappresentante (allegato n. 3) ;
* Autodichiarazione della comunicazione anti-mafia (allegato n. 4);
* Fotocopia carta d’identità del Legale Rappresentante;
* (Solo in caso di variazione soggetto gestore: atto che formalizza il subentro).

In fede

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma e Timbro)

Trattamento dei dati Personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per la Comunicazione preventiva di Esercizio sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dagli artt. 22 e 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati è A.S.C. COMUNI INSIEME PER LO SVILUPPO SOCIALE.

Il Responsabile del Trattamento dei dati è il Responsabile Area Piano di Zona.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

data......................... Firma del Richiedente ……………………………………

1. NOTA – CASI DI UTILIZZO C.P.E.

   **MESSA IN ESERCIZIO DI UNITA’ D’OFFERTA**

   **TRASFERIMENTO IN ALTRA SEDE D’UNITA’ D’OFFERTA ESISTENTI (Indicare decorrenza del trasferimento)**

   **VARIAZIONE DELLA CAPACITA’ RICETTIVA DELL’UNITA’ D’OFFERTA (indicare la nuova capacità ricettiva)**

   **TRASFORMAZIONE DI UNITA’ D’OFFERTA ESISTENTI (Indicare decorrenza della trasformazione)**

   **CAMBIAMENTO DEL SOGGETTO GESTORE (Indicare decorrenza del cambio)** [↑](#footnote-ref-1)