

AL COMUNE DI GENOVA  
Direzione Politiche Sociali  
[dpsminori.comge@postecert.it](mailto:dpsminori.comge@postecert.it)  
e p.c. [areaminoridps@comune.genova.it](mailto:areaminoridps@comune.genova.it)

### MODULO DI DOMANDA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_ (*di seguito solo "Gestore"*) con sede legale in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ - codice fiscale \_\_\_\_\_ - partita IVA \_\_\_\_\_ - e-mail \_\_\_\_\_-PEC \_\_\_\_\_ - telefono \_\_\_\_\_ oppure di Procuratore con poteri di rendere dichiarazioni in nome e per conto del Gestore, come da Procura repertorio n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di cui si allega copia alla presente, sotto propria esclusiva responsabilità ai sensi dell'art. 46 e seguenti del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo nelle ipotesi di false dichiarazioni e di presentazione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità. Il Gestore preso atto dell'art. 6 legge n. 328/2000, e dei modelli di servizio descritti nei relativi disciplinari allegati all'avviso pubblico di cui al presente procedimento

### CHIEDE

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO APERTO DI STRUTTURE RESIDENZIALI UBICATE AL DI FUORI DEL TERRITORIO COMUNALE GENOVESE DELLE SOTTOELENcate STRUTTURE:

da compilare per ogni Comunità per la quale si chiede l'inserimento nell'Elenco

**SEZIONE I – SERVIZI PER MINORENNI**

Denominazione della Comunità \_\_\_\_\_

Tipologia (barrare):

- Comunità Socio educativa 0/6 anni (CEA);
- Comunità Socio educativa 6/18 anni (CEA);
- Comunità familiare per minori.

indirizzo della Comunità \_\_\_\_\_

telefono della Comunità \_\_\_\_\_ - cell. di servizio \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

autorizzazione al funzionamento rilasciata da \_\_\_\_\_ con provvedimento n. \_\_\_\_\_

il numero massimo di posti autorizzati è \_\_\_\_\_ più posti \_\_\_\_\_ per emergenza

tipologia di utenza:  maschile  femminile  mista

fascia d'età:  0-6 anni  6-18 anni

Coordinatore struttura:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Operatore/i residente/i presso la Comunità (garantisce la presenza h24):

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_

Referente Privacy:

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_ - cell \_\_\_\_\_

DPO Privacy (se nominato):

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_ - cell \_\_\_\_\_

**ESISTE UN SISTEMA TARIFFARIO OMOGENEO SUL TERRITORIO DI RIFERIMENTO:**

- SI (retta applicata \_\_\_\_\_)
- NO

(se esiste, indicare delibera/atto di riferimento – eventuali allegati) \_\_\_\_\_

**RETTA<sup>1</sup> GIORNALIERA PRO CAPITE (oneri fiscali esclusi): € \_\_\_\_\_**

*da compilare per ogni Alloggio per la quale si chiede l'inserimento nell'Elenco*

**SEZIONE II – SERVIZI PER NEO MAGGIORENNI**

Denominazione Alloggio \_\_\_\_\_

Alloggio ad alta autonomia

indirizzo dell'Alloggio \_\_\_\_\_

telefono dell'Alloggio \_\_\_\_\_ - cell. di servizio \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

autorizzazione al funzionamento rilasciata da \_\_\_\_\_

con provvedimento n. \_\_\_\_\_

il numero massimo di posti autorizzati è \_\_\_\_\_

tipologia di utenza:  maschile  femminile  mista

Coordinatore struttura:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Referente Privacy:

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_ - cell \_\_\_\_\_

DPO Privacy (se nominato):

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_ - cell \_\_\_\_\_

**ESISTE UN SISTEMA TARIFFARIO OMOGENEO SUL TERRITORIO DI RIFERIMENTO:**

SI (retta applicata \_\_\_\_\_)

NO

*(se esiste, indicare delibera/atto di riferimento – eventuali allegati) \_\_\_\_\_*

<sup>1</sup> Si rimanda alle indicazioni contenute nell'Avviso Pubblico di questo procedimento.

**RETTA<sup>2</sup> GIORNALIERA PRO CAPITE RICHIESTA (oneri fiscali esclusi): € \_\_\_\_\_**

*da compilare per ogni Comunità per la quale si chiede l'inserimento nell'Elenco*

**SEZIONE III – SERVIZI PER NUCLEI GENITORE/BAMBINO**

Denominazione della Comunità \_\_\_\_\_

Tipologia (barrare):

- Comunità Genitore/Bambino;*
- Alloggi Sociali Genitore/Bambino;*
- Alloggi Protetti Genitore/Bambino;*

indirizzo della Comunità \_\_\_\_\_

telefono della Comunità \_\_\_\_\_ - cell. di servizio \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

autorizzazione al funzionamento rilasciata da \_\_\_\_\_ con provvedimento n. \_\_\_\_\_

il numero massimo di posti autorizzati è \_\_\_\_\_ più posti \_\_\_\_\_ per emergenza

tipologia di utenza:  maschile  femminile  mista

fascia d'età:  0-6 anni  6-18 anni

Coordinatore struttura:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Operatore/i residente/i presso la Comunità (garantisce la presenza h24):

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_

Referente Privacy:

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_ - cell \_\_\_\_\_

DPO Privacy (se nominato):

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_ - cell \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Si rimanda alle indicazioni contenute nell'Avviso Pubblico di questo procedimento.

**ESISTE UN SISTEMA TARIFFARIO OMOGENEO SUL TERRITORIO DI RIFERIMENTO:**

- SI (retta applicata \_\_\_\_\_)  
 NO

(se esiste, indicare delibera/atto di riferimento – eventuali allegati) \_\_\_\_\_

**RETTA<sup>3</sup> GIORNALIERA PRO CAPITE (oneri fiscali esclusi): € \_\_\_\_\_**

*da compilare per ogni Comunità per la quale si chiede l'inserimento nell'Elenco*

**SEZIONE IV – SERVIZI PER MINORENNI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI -**

**MSNA**

Denominazione della Comunità \_\_\_\_\_

Tipologia (barrare):

- Comunità MSNA;

indirizzo della Comunità \_\_\_\_\_

telefono della Comunità \_\_\_\_\_ - cell. di servizio \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

autorizzazione al funzionamento rilasciata da \_\_\_\_\_ con provvedimento n. \_\_\_\_\_

il numero massimo di posti autorizzati è \_\_\_\_\_ più posti \_\_\_\_\_ per emergenza

tipologia di utenza:  maschile  femminile  mista

fascia d'età:  0-6 anni  6-18 anni

Coordinatore struttura:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Operatore/i residente/i presso la Comunità (garantisce la presenza h24):

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_

Referente Privacy:

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_ - cell \_\_\_\_\_

DPO Privacy (se nominato):

nome \_\_\_\_\_ - cognome \_\_\_\_\_ - cell \_\_\_\_\_

**ESISTE UN SISTEMA TARIFFARIO OMOGENEO SUL TERRITORIO DI RIFERIMENTO:**

- SI (retta applicata \_\_\_\_\_)  
 NO

(se esiste, indicare delibera/atto di riferimento – eventuali allegati) \_\_\_\_\_

**RETTA<sup>4</sup> GIORNALIERA PRO CAPITE (oneri fiscali esclusi): € \_\_\_\_\_**

**ALLEGA**

- **statuto** dell’Ente Gestore;
- **dichiarazioni** “Fac-simile dichiarazione” (*allegati 2bis, 2ter, 2quater*);
- **elenco del personale/volontari** (*allegato 2a*);
- **modulo tracciabilità dei pagamenti** (*allegato 2b*);
- **informativa sul trattamento dei dati personali** (GDPR U.E. 2016/679) (*allegato 2c*);
- **copia visura camerale** o atto di nomina Legale Rappresentante;
- **copia autorizzazione al funzionamento**;
- **copia dell’atto di riferimento del sistema tariffario vigente dell’ente territorialmente competente: Regione/Ente Locale** (*se presente*);
- **Carta dei Servizi**;
- **Progetto di Gestione**;
- **fotocopia del documento di identità e del codice fiscale** del Legale Rappresentante dell’Ente Gestore, in corso di validità;
- in caso di Procura: **copia atto notarile**;
- in caso di appalto: **copia del contratto** stipulato;
- **copia polizza assicurativa RC in corso di validità**;
- eventuale copia del contratto di servizi dati in appalto.

I Gestori di Comunità Familiari per minori devono allegare alla domanda, altresì, la seguente documentazione:

- **autodichiarazione** contenente i seguenti dati:
  - nominativo dei coniugi di C.F. (*allegare copia codice fiscale e carta identità di entrambi i coniugi in corso di validità*);
  - indicazione del genitore dedicato;
  - situazione lavorativa dei genitori di C.F. con indicazione della sede e degli orari di lavoro;
- documenti inerenti il **rapporto contrattuale** con gli educatori;

<sup>3</sup> Si rimanda alle indicazioni contenute nell’Avviso Pubblico di questo procedimento.

<sup>4</sup> Si rimanda alle indicazioni contenute nell’Avviso Pubblico di questo procedimento.

Tutte le dichiarazioni sono rese ai sensi del DPR 445/2000 dal Legale Rappresentante o dal Procuratore, consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni penali stabilite all'art. 76 dell'anzidetto Decreto nei confronti di chi effettua dichiarazioni mendaci.

**DICHIARA**

**ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:**

*(barrare la casella corrispondente e compilare gli spazi)*

- che le attività di ..... sono svolte tramite appalto dalla seguente impresa (*il cui titolare deve compilare il modulo "allegato 2quater"*):..... in base al contratto che viene allegato alla presente per il periodo dal .....al .....
- di essere a conoscenza e di accettare completamente le condizioni previste e i contenuti del relativo disciplinare vigente per le analoghe strutture genovesi accreditate;
- di essere a conoscenza, in particolare, del fatto che l'inserimento nell'Elenco aperto non determina una graduatoria e non impegna la Civica Amministrazione all'inserimento di minorenni e neo-maggiorenni;
- di essere in possesso dei requisiti necessari per partecipare a tale procedura, in particolare:
  - essere in possesso di idoneo titolo di accreditamento** presso l'Ente \_\_\_\_\_ (specificare Regione/Comune) accreditante territorialmente competente e indicare il riferimento normativo \_\_\_\_\_;
  - oppure**
  - non essere in possesso di idoneo titolo di accreditamento**, perché l'ente (Regione/Comune) accreditante territorialmente competente non ha indetto procedura di accreditamento, quindi **essere contrattualizzato/convenzionato** con l'Ente pubblico territorialmente competente (*indicare nome dell'Ente* \_\_\_\_\_ );
- che è stata stipulata con la Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_ - la polizza n. \_\_\_\_\_ - periodo validità polizza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (*allegare copia polizza*);
- che l'Ente Gestore è iscritto al RUNTS (Registro Unico del Terzo Settore) (*barrare la casella pertinente*)
  - SI – indicare data di iscrizione: \_\_\_\_\_;

- NO
- Iscritto al Registro Regionale \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
  
- NON è esente dall'imposta di bollo;
- è esente dall'imposta di bollo. *Indicare i riferimenti normativi* \_\_\_\_\_
- NON è esente IVA - indicare aliquota da applicare \_\_\_\_\_;
- è esente IVA ai sensi \_\_\_\_\_ (*indicare i riferimenti normativi*)
  
- di accettare le procedure di monitoraggio da parte del Comune di Genova, in merito alla presenza e alla permanenza nel tempo dei requisiti di iscrizione all'Elenco.

(luogo/data)

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

***Alla dichiarazione dovrà essere inoltre allegata, pena l'invalidità, copia fotostatica di un valido documento di identità del dichiarante. Inoltre si chiede di restituire sottoscritta per presa visione l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento U.E. n. 679/2016).***