

AL COMUNE DI GENOVA
Direzione Politiche Sociali
dpsminori.comge@postecert.it
e p.c. 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) _____

RETTA¹ 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) _____

¹ Si rimanda alle indicazioni contenute nell'Avviso Pubblico di questo procedimento.

RETTA² 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 _____

² 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) _____

RETTA³ 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) _____

RETTA⁴ 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;

³ Si rimanda alle indicazioni contenute nell'Avviso Pubblico di questo procedimento.

⁴ 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 dalal
- 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).