

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. N. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____
in via _____ n. _____
telefono _____
in qualità di legale rappresentante della (società/cooperativa/associazione ecc.) _____

sede legale a _____
in via _____ n. _____
telefono _____
E-mail _____
P.E.C. _____
P.IVA _____ Cod. Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

dichiara che l'attività organizzata di socialità e gioco per minori 3-17 anni

denominata _____
telefono _____
e-mail _____
sita nel Comune di _____
in via _____ n° _____

è in possesso dei requisiti previsti dal D.P.C.M. 17 maggio 2020 Allegato 8 e dalle linee guida previste dall'Ordinanza Regione Lombardia n. 555 del 29/05/2020.

Dichiara altresì

- che detta attività è idonea ad accogliere un numero di utenti;
- che la fascia/e di età a cui il servizio è rivolto è la seguente:

<input type="checkbox"/>	Fascia scuola dell'infanzia (3-5 anni)	N° Posti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fascia scuola primaria (6-11 anni)	N° Posti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fascia scuola secondaria Primo Grado (12-14 anni)	N° Posti	<input type="checkbox"/>

- che la struttura in cui è ubicato il servizio è di proprietà / non è di proprietà (*cancellare l'opzione non corretta*) dell'Ente Gestore;
- che l'immobile in cui ha sede l'attività è compatibile con la destinazione d'uso della stessa;
- che l'inizio delle attività decorrerà dal e si concluderà il.....;
- che tutta la documentazione e le certificazioni a comprova di quanto sopra dichiarato sono presenti in sede in apposito faldone a disposizione per il controllo.

1. PROGETTO ORGANIZZATIVO GENERALE DEL SERVIZIO OFFERTO, ORIENTAMENTI GENERALI PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Descrivere gli standard per il rapporto numerico fra i bambini/e e/o gli adolescenti accolti e modalità e criteri/standard adottati per l'inclusione di bambini/e e/o adolescenti con disabilità, le strategie generali per il distanziamento fisico, i principi generali di igiene e pulizia e la programmazione delle attività.

[max. 2000 caratteri]

2. ACCESSIBILITÀ e ACCOGLIENZA

Descrivere la procedura triage, le modalità di accoglienza e le modalità previste per la verifica della loro condizione di salute dei bambini/e e adolescenti,

[max. 500 caratteri]

3. CALENDARIO APERTURA E ORARIO QUOTIDIANO DI FUNZIONAMENTO

Distinzione dei tempi di effettiva apertura all'utenza e di quelli - precedenti e successivi - previsti per la predisposizione quotidiana del servizio e per il suo riordino dopo la conclusione delle attività programmate

[max.500 caratteri]

4. AMBIENTI, SPAZI UTILIZZATI E LA LORO ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE, COMPRESA EVENTUALE GESTIONE, PREPARAZIONE DEI PASTI E LORO CONSUMO

Descrivere i diversi ambienti per lo svolgimento delle attività previste, rappresentando la regolazione dei flussi e gli spostamenti e la corrispondenza ai requisiti di sicurezza, igiene e sanità, distanziamento fisico.

Allegare planimetria/piantina

[max. 1000 caratteri]

Tabella spazi al chiuso	Numero	Mq	Altre informazioni
Aule/Laboratori			N medio alunni.....
Palestre			
Spazio Mensa			N posti.....
Saloni polifunzionali			N posti.....
Servizi Igienici			
Ufficio			
Altro.....			
Tabella spazi all'APERTO	Numero	Mq	Altre informazioni
Aree Gioco			
Aree Sportive			
Terrazzi			
Altro.....			

5. PERSONALE

Allegare elenco del personale impiegato, indicare la formazione sui temi della prevenzione di COVID-19

[max. 500 caratteri]

6. PASTI

Se previsto il servizio, descriverne le modalità.

[max. 500 caratteri]

7. TRASPORTO

Se previsto il servizio, descriverne le modalità.

[max. 500 caratteri]

8. ISCRIZIONI e RETTE

Descrivere modalità di iscrizione che si intendono proporre alle famiglie (es. pre - iscrizioni e per quali destinatari, pagamento di caparre, ecc.). Specificare se prevista la mensa e i relativi costi.

[max. 500 caratteri]

Scheda Personale riepilogativa:

Responsabile del progetto:

Nome e Cognome _____
 Titolo di studio e qualifica _____
 Esperienze del Responsabile del servizio _____

Compiti e funzioni del Responsabile (es. coordina il personale e lo supporta nella programmazione delle attività, si occupa della sostituzione del personale, mantiene i rapporti con gli Uffici Comunali, ecc.)

	RUOLO / FUNZIONE DEGLI OPERATORI (educatore, assistente, ecc.)	PROFESSIONALITA' DEGLI OPERATORI (titolo di studio, esperienza, ecc.)	TIPO DI RAPPORTO (dipendenza, incarico, volontariato)	Orari giornalieri	Numero ore settimanali
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Si allega:

- Fotocopia carta identità del legale rappresentante

Autorizza al trattamento e alla conservazione dei dati secondo le disposizioni di cui al R.E. 679/2016 e s.m.i. sulla Protezione dei dati Personali

luogo e data _____

In fede

 (Firma e Timbro)