



**Comune di Catania**  
DIREZIONE SVILUPPO ATTIVITA' PRODUTTIVE  
**Sportello Unico per le Imprese**



Data di avvio del Procedimento \_\_\_\_\_ Responsabile del procedimento \_\_\_\_\_

Numero di pratica \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **PROTOCOLLO** \_\_\_\_\_

**SCIA ATTIVITA' SOCIO - ASSISTENZIALE**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 19, comma 2, della legge n.241/90, come modificato dall'art. 49 della L.n.122 del 30/07/2010, e della ex L.135/2001 nonché ai sensi della L.R. n° 22/2002.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ i cui dati anagrafici completi sono contenuti nella Scheda Anagrafica

Titolare della omonima impresa individuale  Legale rappresentante della Società

*consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del Decreto Presidente Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000)*

**SEGNALA**

**l'avvio dell'attività nella struttura ricettiva SOCIO-ASSISTENZIALI denominata**

ubicata in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ composta da Piani: Seminterrato  Terreno   
Primo  Secondo  Terzo  Quarto  Superficie complessiva Mq \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di avere la disponibilità dell'immobile, sede dell'attività, a titolo di:

proprietà esclusiva  comproprietà  locazione giusto contratto registrato in data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al n \_\_\_\_\_

*N.B: in caso di variazioni in attività esistenti, riportare di seguito i dati corrispondenti alla nuova situazione*

**2.1 – Tipologia di struttura**

<input type="checkbox"/> Comunità di tipo familiare e gruppi di convivenza	<input type="checkbox"/> Casa famiglia e gruppi di convivenza
	<input type="checkbox"/> Comunità di pronta accoglienza
<input type="checkbox"/> Struttura residenziale a carattere comunitario	<input type="checkbox"/> Comunità di sostegno a gestanti e/o madri con bambino
	<input type="checkbox"/> Residenze comunitarie diffuse per anziani; Case di Riposo per Anziani;
	<input type="checkbox"/> Comunità residenziali per persone con disabilità e per il "dopo di noi"
	<input type="checkbox"/> Comunità di accoglienza per minori
	<input type="checkbox"/> Centri diurni di assistenza ed incontro per anziani, minori e disabili.
	<input type="checkbox"/> Comunità alloggio per anziani
	<input type="checkbox"/> Comunità per l'accoglienza di adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale
<input type="checkbox"/> Struttura residenziale integrata	<input type="checkbox"/> Comunità integrate per anziani
	<input type="checkbox"/> Comunità integrate per persone con disabilità e per il "dopo di noi"
	<input type="checkbox"/> Comunità integrate per persone con disturbo mentale
	<input type="checkbox"/> Struttura residenziale integrata

<input type="checkbox"/> Struttura per la prima infanzia	<input type="checkbox"/> Nido aziendale
	<input type="checkbox"/> Micronido e Nido aziendale
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare	
<input type="checkbox"/> Altro (indicare)	
<b>2.2 – Specifiche della struttura</b>	
Specificare se trattasi di:	<input type="checkbox"/> Struttura in via di attivazione
	<input type="checkbox"/> Struttura già operante : <input type="checkbox"/> Subingresso <input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Altro
Denominazione del servizio educativo (es: Micronido Qui Quo) <input type="text"/>	
<b>2.3 – Tipologia delle prestazioni e servizi erogati</b>	
<b>2.3.1 – Riportare di seguito una descrizione dell'attività:</b> <input type="text"/>	
<b>2.3.2 – Capacità ricettiva della struttura</b>	
<input type="checkbox"/> Struttura Non Residenziale	<input type="checkbox"/> Struttura Semiresidenziale
	<input type="checkbox"/> Struttura Residenziale
Numero di camere <input type="text"/>	Numero dei posti letto complessivi <input type="text"/>
<b>2.3.3 – Servizio mensa</b>	
All'interno della struttura è prevista l'erogazione del servizio di mensa con cucina?	
<input type="checkbox"/> SI	<b>Allegare il modello DIA-SCIA Sanitaria (per strutture già approntate) E Nulla Osta di conformità Sanitario (per strutture da realizzare)</b>

<input type="checkbox"/> NO	Note: <input type="text"/>
<b>2.3.4 – Servizi Sanitari</b>	
All'interno della struttura è prevista l'erogazione di servizi sanitari?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Struttura soggetta a titolo abilitativi di competenza regionale
	<input type="checkbox"/> Il titolo è già stato acquisito
	Riportare estremi: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Il titolo abilitativi deve essere acquisito
	<input type="checkbox"/> Struttura non soggetta a titolo abilitativi regionale

<input type="checkbox"/> NO	Note: _____
-----------------------------	-------------

**2.3.5 – Riportare di seguito una descrizione dei servizi sanitari erogati**

**2.4 – Coordinatore responsabile della struttura**

Cognome _____	Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____	Luogo di nascita _____
Titolo di studio _____	
Conseguito presso _____	
In data ____ / ____ / ____	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____
Della provincia di _____	Al n° _____
Firma per accettazione dell'incarico del coordinatore:	

**2.5 – Figure professionali impiegate**

1) Cognome _____	Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____	Luogo di Nascita _____
Titolo di studio _____	
Conseguito presso _____	
In data ____ / ____ / ____	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____
Della provincia di _____	Al n° _____
Ruolo all'interno della struttura _____	
2) Cognome _____	Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____	Luogo di nascita _____
Titolo di studio _____	
Conseguito presso _____	
In data ____ / ____ / ____	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____
Della provincia di _____	Al n° _____
Ruolo all'interno della struttura _____	
3) Cognome _____	Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____	Luogo di Nascita _____
Titolo di studio _____	
Conseguito presso _____	
In data ____ / ____ / ____	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____

Della provincia di _____		Al n° _____
Ruolo all'interno della struttura _____		
<b>4) Cognome</b> _____		Nome _____
Data di nascita _____ / _____ / _____		Luogo di nascita _____
Titolo di studio _____		
Conseguito presso _____		
In data _____ / _____ / _____		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____
Della provincia di _____		Al n° _____
Ruolo all'interno della struttura _____		
<b>5) Cognome</b> _____		Nome _____
Data di nascita _____ / _____ / _____		Luogo di Nascita _____
Titolo di studio _____		
Conseguito presso _____		
In data _____ / _____ / _____		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____
Della provincia di _____		Al n° _____
Ruolo all'interno della struttura _____		
<b>6) Cognome</b> _____		Nome _____
Data di nascita _____ / _____ / _____		Luogo di Nascita _____
Titolo di studio _____		
Conseguito presso _____		
In data _____ / _____ / _____		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____
Della provincia di _____		Al n° _____
Ruolo all'interno della struttura _____		
<b>7) Cognome</b> _____		Nome _____
Data di nascita _____ / _____ / _____		Luogo di nascita _____
Titolo di studio _____		
Conseguito presso _____		
In data _____ / _____ / _____		Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____
Della provincia di _____		Al n° _____

Ruolo all'interno della struttura _____	
8) Cognome _____	Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____	Luogo di Nascita _____
Titolo di studio _____	
Conseguito presso _____	
In data ____ / ____ / ____	Eventuale iscrizione ad albo, ruolo o ordine professionale _____
Della provincia di _____	Al n° _____
Ruolo all'interno della struttura _____	
<h3>2.6 – Dichiarazioni generali</h3>	
<p><b>(solo per le strutture per la prima infanzia)</b></p> <input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di rispettare le disposizioni previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente in materia	
<p><b>(solo per le strutture per la prima infanzia)</b></p> <input type="checkbox"/> Il sottoscritto dichiara di aver sottoscritto una polizza assicurativa a copertura dei rischi da infortuni o da danni subiti o provocati dai bambini accolti, dal personale o genitori	
<input type="checkbox"/> L'attività, ai sensi dell'art. 4, comma 1 del D.P.R. n° 227 del 19/10/2011	<input type="checkbox"/> è esente dall'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico. Note: _____
	<input type="checkbox"/> è soggetta all'obbligo di predisposizione della documentazione di impatto acustico:
	<input type="checkbox"/> L'attività genera emissioni di rumore <b>non superiori</b> ai limiti stabiliti dal documento di classificazione acustica del territorio comunale di riferimento ovvero, ove questo non sia stato adottato, ai limiti individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 novembre 1997 (allegare modulo)
<input type="checkbox"/> L'attività genera emissioni di rumore <b>superiori</b> ai limiti stabiliti dal documento di classificazione acustica del territorio comunale di riferimento ovvero, ove questo non sia stato adottato, ai limiti individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 novembre 1997 (allegare modulo)	
La struttura <input type="checkbox"/> è soggetta <input type="checkbox"/> non è soggetta al Controllo Prevenzione Incendi, ai sensi del DPR 151/2011 (in caso positivo allegare modulo) ed in ogni <u>caso che siano rispettate tutte le prescrizioni imposte dalla vigente normativa antincendio</u>	
Note: _____	
<input type="checkbox"/> L'attività prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche di qualsiasi natura e tipologia:	
<input type="checkbox"/> Allega dichiarazione di conformità alle norme in materia di scarichi	<input type="checkbox"/> Allega segnalazione attivazione scarico acque reflue assimilate alle acque reflue domestiche
<input type="checkbox"/> L'attività non prevede lo scarico di acque reflue e/o meteoriche.	
Note: _____	
<input type="checkbox"/> Regolamento interno	
<input type="checkbox"/> Indicazione dei mezzi economici destinati allo svolgimento dell'attività istituzionale e la loro provenienza	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dichiarazione del rispetto degli obblighi del TULPS	

**2.7 – Documenti occorrenti per l'istruttoria**

	<b>SI</b>	<b>No</b>	<b>Documento</b>
<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scheda di dichiarazione del possesso dei requisiti antimafia. (allegare scheda)
<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia conforme statuto e atto costitutivo della associazione/cooperativa/ente/ditta.
<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Legale Rappresentante relativa al possesso del codice fiscale e della partita IVA.
<b>4</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Legale Rappresentante, di iscrizione al Registro delle imprese o al R. E. A. presso la Camera di Commercio.
<b>5</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con la quale il Legale Rappresentante attesta che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D. Lgs. N° 159 del 06/07/2011. (Comunicazione Antimafia).
<b>6</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Legale Rappresentante, sullo stato di famiglia.
<b>7</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di atto notorio circa l'assolvimento degli obblighi scolastici dei figli, o dei minori in affidamento, del Legale Rappresentante.
<b>8</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organigramma dettagliato, aggiornato, per tipologia, del personale utilizzato (soci e dipendenti), distinti per qualifica, conforme a quanto stabilito dalla normativa vigente.
<b>9</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione del rispettivo titolo di studio posseduto riferito alle mansioni ricoperte, nonché dell'iscrizione aggiornata al rispettivo Albo (ove previsto) a firma di ogni singolo dipendente.
<b>10</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicazione Obbligatoria Unificato Lav di ogni dipendente.
<b>11</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Legale Rappresentante, di assolvimento degli obblighi contributivi a favore dell'INPS ed INAIL con l'indicazione dell'ammontare corrisposto.
<b>12</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabella dietetica vistata dall' ASP.
<b>13</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carta dei Servizi.
<b>14</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assicurazione R.C. per infortuni o danni a carico degli ospiti della struttura e per eventuali veicoli utilizzati dagli ospiti.
<b>15</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fotocopia patente di guida del conducente i veicoli.
<b>16</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dichiarazione del rispetto degli obblighi del TULPS

<b>17</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di atto notorio redatta dal <u>datore di lavoro</u> relativa al servizio prevenzione e protezione, dalla quale risulti il rispetto delle prescrizioni previste dal D. Lvo. 81/2008 e s. m. i. in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.
<b>18</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di atto notorio redatta dal <u>datore di lavoro</u> relativa alla nomina all'interno della struttura, del responsabile del servizio prevenzione e protezione dei lavoratori.
<b>19</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di atto notorio redatta dal responsabile del servizio prevenzione e protezione dei lavoratori, dalla quale risulti il rispetto delle prescrizioni previste dal D. Lvo. 81/2008 e s. m. i. in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.
<b>20</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione redatta dal datore di lavoro e/o dal responsabile del servizio prevenzione e protezione, con la quale si dichiara il possesso dell'attestato di frequenza allo specifico corso di formazione.
<b>21</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nulla osta preventivo rilasciato dalla Direzione Politiche Sociali

Nel caso in cui il Legale Rappresentante o il Titolare della Struttura, sia cittadino extracomunitario, dovrà produrre idonea documentazione attestante la validità del permesso di soggiorno.

La documentazione trasmessa in sede di richiesta di Segnalazione Certificata di Inizio Attività, sottoposta ad accertamento d'ufficio, dovrà corrispondere inequivocabilmente, a quanto negli atti, dichiarato e certificato. Eventuali difformità riscontrate, tra quanto dichiarato e/o certificato, (attestazione del falso e/o dichiarazione mendace), rispetto a quanto accertato d'ufficio, sarà oggetto di denuncia e/o segnalazione alla competente Autorità Giudiziaria, per l'applicazione delle relative sanzioni penali (Art. 19 legge 07/08/1990 n° 241 e succ. mod. e integr.).

Si significa che, se le dichiarazioni e/o quanto relazionato dal tecnico e vistato dal Legale Rappresentante, in fase di accertamento, non dovessero corrispondere alla realtà e/o alla reale consistenza di quanto accertato, saranno passibili entrambi di denuncia presso l'Autorità Giudiziaria competente.

**Data e luogo** \_\_\_\_\_

**Firma** ( Documento da firmare digitalmente ai sensi del DPR 445 del 28 dicembre e del D.Lgs. 82 del 7 marzo 2005)

**Firma dell'interessato** \_\_\_\_\_