

FAC-SIMILE (da consegnare su carta intestata del Gestore)

Spett.le COMUNE DI CESANO BOSCONO
Settore Welfare
Via Vespucci, 5
20090 – CESANO BOSCONO (MI)
PEC: protocollo@pec.comune.cesano-boscone.mi.it

_____, _____
(luogo) (data)

Oggetto: Dichiarazione Avvio Attività. Struttura denominata “_____” ubicata nel Comune di Cesano Boscone in via _____, n° _____ – scala _____, piano _____, interno _____

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il ____/____/____ (C.F. _____) – residente a _____, via _____ n. _____, quale **legale rappresentante** della _____ (società / cooperativa, associazione, ecc) “_____” avente sede legale a _____ in via _____ n. _____ (P.IVA _____ – C.F. _____) – telefono: _____ – fax: _____ – e-mail _____@_____ – PEC: _____@_____

COMUNICA

l’apertura della struttura denominata “_____” (Tel. _____ – Fax: _____ – e-mail: _____@_____ – PEC struttura: _____@_____ – Sito web: _____) sita nel Comune di Cesano Boscone in via _____ n. _____ – scala _____, piano _____, interno _____ (dati catastali: categoria _____ – foglio _____ – mappale _____ – particella _____ – subalterno _____ – utilizzo immobile: di proprietà - in affitto - in comodato d’uso - altro _____), ed avente le seguenti caratteristiche:

Tipologia di servizio:		
<input type="checkbox"/> Residenziale	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale diurno	<input type="checkbox"/> Domiciliare
<input type="checkbox"/> Dormitorio	<input type="checkbox"/> Mensa	<input type="checkbox"/> Trasporto
<input type="checkbox"/> Altro: _____		

Area/e di intervento:		
<input type="checkbox"/> Minori (Prima Inf.a 0-3 anni)	<input type="checkbox"/> Minori (4-6 anni)	<input type="checkbox"/> Minori (6-18 anni)
<input type="checkbox"/> Anziani	<input type="checkbox"/> Disabili	<input type="checkbox"/> Famiglia
<input type="checkbox"/> Immigrati	<input type="checkbox"/> Donne	<input type="checkbox"/> Nuove povertà
<input type="checkbox"/> Dipendenze		
<input type="checkbox"/> Altro: _____		

FAC-SIMILE (da consegnare su carta intestata del Gestore)

Azioni dell'intervento:	
<input type="checkbox"/> Assistenza alla persona	<input type="checkbox"/> Assistenza igienica
<input type="checkbox"/> Aiuto domestico	<input type="checkbox"/> Pasto
<input type="checkbox"/> Trasporto	<input type="checkbox"/> Alloggio / accoglienza
<input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo	<input type="checkbox"/> Accompagnamento scolastico
<input type="checkbox"/> Altro:	

che il referente amministrativo di struttura (nel caso sia il legale rappresentante, riportarne nuovamente i dati) è il sig./la sig.ra _____, nato/a a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____ (C.F. _____), – residente a _____, via _____, n. _____

DICHIARA

- che detta struttura è idonea ad accogliere un numero di _____ utenti;
- che l'inizio delle attività decorrerà dal ____ / ____ / ____;
- che la struttura garantisce il rispetto delle norme regionali o nazionali in materia di igiene e sanità pubblica, di sicurezza degli impianti, di urbanistica-edilizia e, nel caso di utilizzo di personale non volontario, il rispetto dei rapporti di lavoro.

ALLEGA'

- Dichiarazione Sostitutiva Antimafia e Requisiti Morali;
- Fotocopia carta identità del legale rappresentante;
- Relazione / progetto sull'attività svolta (deve contenere: tipologia ed età dell'utenza accolta, orari di funzionamento e calendario di apertura, servizi offerti, competenze del personale impiegato).

In fede,

Firma e Timbro
(indicare recapiti telefonici ed eventuali e-mail)

¹ Per la completezza della comunicazione è necessario allegare tutti i documenti elencati. I modelli sono scaricabili dal sito del Comune di Cesano Boscone alla voce "Comunicazione Preventiva di Esercizio":

- Modello_Dichiarazione Sostitutiva Antimafia e Requisiti Morali